

Національна академія медичних наук України
ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України»
Дніпровська міська рада
Департамент охорони здоров'я населення
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
Всеукраїнська рада захисту прав та безпеки пацієнтів
Українська асоціація громадського здоров'я
За участю:
Міністерства охорони здоров'я України
Представництва ВООЗ в Україні
Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ»

БЕЗПЕКА ПАЦІЄНТІВ В УКРАЇНІ: СТАН І ШЛЯХИ ЇЇ ПОКРАЩЕННЯ

Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції
м. Дніпро, 6–7 червня 2017 року

*За заг. ред. директора ДУ «Інститут громадського здоров'я
ім. О. М. Марзєєва НАМН України» академіка НАМН України А. М. Сердюка
і ректора ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
члена-кореспондента НАМН України Т. О. Перцевої*

Київ – 2017

*Рекомендовано до видання спільним засіданням вченої ради
ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України»
і ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України».*

Редакційна колегія

Голова: **Скалецький Ю. М.** – завідувач лабораторії безпекових стратегій в охороні здоров'я ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України».

Члени редколегії: **Бадюк М. І.** – начальник кафедри організації медичного забезпечення Збройних Сил Української військово-медичної академії; **Жаховський В. О.** – провідний науковий співробітник відділу організації медичного забезпечення ЗС НДІ проблем військової медицини Української військово-медичної академії; **Савіна Р. В.** – завідувач науково-координаційного відділу ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України»; **Шевченко О. А.** – начальник науково-дослідного сектору ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України».

Рецензенти:

Коваленко В. М. – академік НАМН України, директор ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. академіка М. Д. Стражеска» НАМН України»;
Хоменко І. П. – член-кореспондент НАМН України, головний хірург МО України.

Безпека пацієнтів в Україні: стан і шляхи її покращення: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Дніпро, 6–7 червня 2017 року / За загальною редакцією академіка НАМН України А. М. Сердюка та члена-кореспондента НАМН України Т. О. Перцевої. – К. : ДП «НВЦ «Пріоритети», 2017. – 200 с.
ISBN 978-617-7288-54-0

Міжнародна науково-практична конференція «Безпека пацієнтів в Україні: стан і шляхи її покращення» (м. Дніпро, 6–7 червня 2017 року) підтвердила надзвичайну актуальність цієї проблеми в країні, виявила принципові прорахунки в підходах до впровадження системи управління якістю у вітчизняних закладах охорони здоров'я (ЗОЗ), недостатню обізнаність медичного персоналу щодо масштабів наслідків дефектів надання медичної допомоги.

Організатори заходу впевнені, що цей збірник матеріалів, у якому показана ситуація з безпекою пацієнтів у світі, країні, окремих ЗОЗ, аналізується досвід попередження інцидентів у медичній практиці, пропонуються регіональні проекти з розбудови безпечної лікарняного середовища та концепції державної стратегії з мінімізації проблеми безпеки пацієнтів, стане в нагоді не лише фахівцям клінічного спрямування, організаторам охорони здоров'я, науковцям, професорсько-викладацькому складу, а й спеціалістам з гігієни та охорони праці в медичній галузі, представникам страхових компаній, розробникам медичного обладнання та апаратури, студентам медичних навчальних закладів усіх рівнів акредитації і, безумовно, політикам.

УДК 616-052-049.5(477)(06)

*У разі повного або часткового використання матеріалів збірника посилання
на публікацію обов'язкове.*



Президент України

**Організаторам, учасникам та гостям
міжнародної науково-практичної
конференції «Безпека пацієнтів
в Україні: стан і шляхи
її покращення»**

Шановні друзі!

Вітаю вас із відкриттям міжнародної науково-практичної конференції «Безпека пацієнтів в Україні: стан і шляхи її покращення».

Визнання демократичною державою життя та здоров'я громадян найвищою соціальною цінністю передбачає насамперед реалізацію конституційного права кожного на якісне медичне обслуговування як невід'ємної складової базових прав людини.

Саме тому дотримання основоположного принципу системи охорони здоров'я – безпеки пацієнтів – потребує консолідації зусиль професійного середовища, наукового товариства та громадськості щодо побудови комплексу заходів із запобігання медичним помилкам і зменшення наслідків, пов'язаних з несумлінним виконанням обов'язків.

Переконаний, що обмін досвідом та плідні дискусії стануть платформою з підготовки конструктивних пропозицій, спрямованих на формування сучасних стратегій створення безпечного лікарняного середовища, попередження та мінімізації медико-соціальних та економічних втрат через дефекти надання медичної допомоги.

Бажаю всім творчої наснаги й нових успіхів.

Петро ПОРОШЕНКО

Шановні учасники та гості конференції!

Розуміння того, що в усіх сферах людської діяльності за користю невідступно слідує шкода, усвідомлення масштабів негативних наслідків надання медичної допомоги й спільна мета звести до мінімуму ризику для пацієнтів зібрали нас разом на Міжнародну науково-практичну конференцію «Безпека пацієнтів в Україні: стан і шляхи її покращення». Безпека пацієнтів – окрема проблема, яка актуальна для всіх країн незалежно від рівня соціально-економічного розвитку, організаційних форм функціонування та джерел фінансування систем охорони здоров'я.

Місто Дніпро завжди славалося новаторськими ініціативами, і цього разу голова міста, міська рада демонструють взірць вирішення складної системної проблеми, якою є розбудова безпечного лікарняного середовища, з використанням потенціалу центральної державної влади, фахової спільноти, науки, освіти, широкої громадськості та міжнародного досвіду.

Упевнений, що представлені доповіді, проекти, їх обговорення дадуть новий поштовх справам на шляху до безпечної медичної допомоги не лише в м. Дніпрі, але й у країні в цілому. Бажаю всім нам плідної та конструктивної роботи, успіхів у втіленні в життя напрацьованих планів задля якісного та здорового життя наших співвітчизників.

В. І. Цимбалюк
академік, президент НАМН України

***Шановні учасники Міжнародної конференції
з безпеки пацієнтів!***

Вітаю Вас із цією визначною для медичної спільноти та пацієнтів України подією! Маю за честь, що саме місто Дніпро надає провідним українським та іноземним фахівцям, науковцям і практикам, представникам пацієнтських організацій унікальну можливість обговорити нагальні проблеми безпеки пацієнтів, шляхи зменшення випадків лікарських помилок і медичної шкоди, створення безпечних умов праці для медичного персоналу. Збереження та зміцнення здоров'я жителів міста Дніпра є одним з найголовніших пріоритетів для мене як міського голови. Тому обмін досвідом з колегами з багатьох регіонів України та з міжнародними фахівцями в рамках цього важливого форуму дозволить керівництву міста запровадити найсучасніші підходи задля збереження життя та здоров'я дніпрян. Ми розуміємо, що на шляху до якісної, доступної та безпечної медичної допомоги є ще багато не вирішених проблем і перешкод. Безумовно, рушійною силою забезпечення безпеки пацієнтів є, насамперед, конструктивна співпраця медичних працівників і громадськості. Саме на результати цієї конференції ми покладаємо великі сподівання, на ваші рішення та пропозиції, які врятовують життя. Ми вдячні й шануємо жертвовну працю наших лікарів, керівників лікувальних закладів, середніх медичних працівників, які щодня невтомно оберігають та рятують життя пацієнтів, попри політичні й економічні негаразди та проблеми в державі. Ласкаво просимо до Дніпра! Бажаю плідної роботи, цікавих зустрічей і здобутків в ім'я благородної мети – збереження життя та здоров'я людей!

Борис Філатов
Дніпровський міський голова

Передмова

Безпека пацієнтів – окрема нагальна проблема для всіх країн, незалежно від рівня їх соціально-економічного розвитку, організаційних форм функціонування та джерел фінансування систем охорони здоров'я. Особливої гостроти ця проблема набуває в країнах, що розвиваються, і в країнах з перехідною економікою.

Думка, що безпека пацієнтів – розкіш багатих країн, є хибною і навіть шкідливою.

За оцінками Європейського центру з контролю і профілактики захворювань, у державах – членах ЄС 8–12 % пацієнтів стаціонарів страждають від несприятливих подій під час надання медичної допомоги.

На рівні первинної медичної допомоги проблема менш досліджена, але є ознаки, що там вона не менш гостра.

Значна частина негативних ефектів як у лікарняному секторі, так і в первинній ланці охорони здоров'я, може бути попереджена за умови системного підходу до цієї роботи, про що свідчать численні проекти й документи Програми ВООЗ щодо безпеки пацієнтів.

Ми вдячні працівникам та експертам Представництва ВООЗ в Україні за їх готовність взяти участь у роботі нашого форуму і сподіваємося, що наша співпраця у сфері попередження негативних наслідків надання медичної допомоги на цьому не обмежиться.

Ми раді були гостям з інших країн, які приїхали поділитися своїм досвідом у вирішенні непростих безпекових проблем.

Європейськими інституціями рекомендовано визнати безпеку пацієнтів одним з пріоритетних питань політики і програм у галузі охорони здоров'я на національному, а також на регіональному та місцевому рівнях.

Тому ми з розумінням підтримали ініціативу голови Дніпра, шановного Бориса Альбертовича Філатова, Дніпровської міської ради провести цей захід на дніпропетровщині та впевнені, що наш приклад співпраці наслідуватимуть інші регіони.

Важливою перепорою на шляху розбудови безпечного медичного середовища визнано нечіткі концепції безпеки пацієнтів серед політиків та осіб, які приймають рішення. Відтак присутність серед гостей та учасників конференції представників центральних органів державної влади спонукала до позитивних рішень і наступних конструктивних дій з мінімізації ризиків для пацієнтів під час надання медичної допомоги.

Зрозуміло, що формуванню таких концепцій і програм мають передувати ґрунтовні наукові дослідження проблеми, які Національна академія медичних наук України вже започаткувала і буде такі дослідження на-рощувати.

Ще одним бар'єром на шляху до більш безпечної медичної практики вважається недостатня підготовка працівників охорони здоров'я з цих питань. Тому ми передбачили освітянську секцію в програмі нашого заходу, залучивши до нашої роботи фахівців, представників професорсько-викладацького складу, експертів з інших галузей. Сподіваємось, що ідеї, згенеровані на нашій конференції, будуть мати продовження як у Дніпропетровській медичній академії та Національному медичному університеті імені О. О. Богомольця, так і в інших медичних навчальних закладах різних рівнів акредитації.

Ми також усвідомлюємо, що певною мірою доведеться змінювати культуру сприйняття помилок і реагування на них на політичному рівні, у закладах охорони здоров'я, на рівні окремих фахівців, що передбачає тривалу наполегливу роботу із залученням широкої громадськості.

У цілому конференція та збірник тез доповідей її учасників, окремі тематичні документи Ради Європейського Союзу – ще один крок до якісної та безпечної медичної практики в Україні.

В. І. Цимбалюк,
академік, президент НАМН України

ЗМІСТ

<i>Звернення Президента України до організаторів, учасників та гостей конференції</i>	3
<i>Вітання від Президента НАМН України академіка В. І. Цимбалюка</i>	4
<i>Привітання міського голови Дніпра Б. А. Філатова до учасників і гостей конференції</i>	5
<i>Предмова</i>	6

Пленарне засідання: «Проблема безпеки пацієнтів в Україні»

<i>Медико-соціальні та економічні аспекти проблеми безпеки пацієнтів</i> Сердюк А. М. ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України»	18
<i>Челлендж по антимикробной резистентности в пульмонологии как основа таргетной и безопасной антибактериальной терапии ИНДП</i> Перцева Т. О. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»	20
<i>Післяопераційні ускладнення та проблеми безпеки пацієнтів в кардіохірургії</i> Лазоришинець В. В., Крикунов О. А. ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М. М. Амосова НАМН України»	22
<i>Проблемные вопросы реализации права пациента на выбор организации здравоохранения в Республике Беларусь</i> Кралько А. А. Белорусская медицинская академия последипломного образования	25
<i>Сучасні підходи до визначення несприятливих подій після імунізації, класифікації та їх менеджменту</i> Васильєва В. А., Матвєєва О. В., Башкатова Т. І. ДП «Державний експертний центр МОЗ України»	27
<i>Проблемы безопасности пациентов при оказании психиатрической помощи</i> Спирина И. Д., Шорников А. В. ГЗ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»	29

Секційне засідання: «Інфекційна безпека»

Профілактика та боротьба з внутрішньолікарняними інфекціями Сердюк А. М., Сурмашева О. В. ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України»	32
Всеукраїнський проект «Чиста лікарня безпечна для пацієнта». Науковий погляд на впровадження в закладах охорони здоров'я України Леонов Ю. І. Асоціація «Служба організації інфекційного контролю»	34
Оцінка інфекційної безпеки об'єктів довкілля багатопрофільного стаціонару Росада М. О. КП «Профдезінфекція»	35
Інфекційний контроль – основа біобезпеки в медичних закладах Андрєєва І. А. ¹ , Дідунова І. І. ² , Мамай П. М. ² , Степанський Д. О. ² ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» ¹ , Департамент охорони здоров'я населення Дніпровської міської ради ² . . .	37
Динаміка антибіотикорезистентності збудників інфекційного ендокардиту Крикунов О. А., Буряк Р. В., Колтунова Г. Б., Списаренко С. П., Малишева Т., Пустовалова Г. О., Хмелевський А. М. ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М. М. Амосова НАМН України»	39

Секційне засідання: «Безпека пацієнтів у паліативній допомозі: медичні, соціальні та правові аспекти»

Доступність та ефективність паліативної та хоспісної допомоги в Україні як умова безпеки інкурабельних пацієнтів та особливості розвитку служби паліативної допомоги в м. Дніпрі Царенко А. В. Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, ГО «Всеукраїнська Рада захисту прав та безпеки пацієнтів»	40
Формування системи надання паліативної та хоспісної допомоги у Дніпропетровській області Царенко А. В. ¹ , Криничний Ю. В. ² , Лугова О. В. ³ , Григорук О. П. ³ Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика ¹ , Департамент охорони здоров'я Дніпропетровської ОДА ² , Дніпропетровська обласна організація ГО «Українська ліга розвитку паліативної та хоспісної допомоги» ³	42

**Обоснованная практика профилактики инфекций
и инфекционного контроля**

Сердюк В. Г.

ОО «Всеукраинский совет защиты прав и безопасности пациентов»45

**Особливості надання паліативної допомоги хворим
на туберкульоз з точки зору безпеки пацієнтів та персоналу**

Царенко А. В.¹, Кожан Н. Є.², Бондарчук А. М.²

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика¹,
ГО «Всеукраїнська Рада захисту прав та безпеки пацієнтів»²47

**Секційне засідання: «Безперервна медична освіта та питання
безпеки пацієнтів. Людський чинник та культура безпеки»**

**Зарубіжний досвід підготовки фахівців з питань безпеки пацієнтів:
уроки для вітчизняної медичної освіти**

Науменко О. М.¹, Антоненко Л. П.², Риган М. М.³

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця¹,

Олександрівська клінічна лікарня, м. Київ²,

Медичний центр «Сучасна ортопедія»³51

**О культуре безопасности в авиации, ядерной энергетике
и медицине (аспекты образовательной политики)**

Барбашев С. В.

Одесский национальный политехнический университет53

**Проблема медичних помилок в онкології стосується лікарів
усіх спеціальностей**

Білінський Б. Т.

Львівський національний медичний університет

ім. Данила Галицького55

**Потенціал дисципліни «Мікробіологія, вірусологія та імунологія»
у вихованні відповідального ставлення до безпеки пацієнтів**

Крушинська Т. Ю.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»58

Культура безпеки у вітчизняних закладах охорони здоров'я

Скалецький Ю. М.¹, Осьодло Г. В.², Риган М. М.³, Котик Ю. Я.⁴

ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН

України», Українська військово-медична академія², Медичний центр

«Сучасна ортопедія»³, медична служба в/ч А 3628⁴60

Методи детекції інцидентів з безпекою пацієнтів у медичній практиці

Ковальова О. М.¹, Федосюк Р. М.²

ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія»¹, Національна

медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика²63

Викладання питань безпеки пацієнтів студентам медичного коледжу

Малюк О. О.

Київський медичний коледж ім. П. І. Гаврося 65

Формування компетентності майбутніх лікарів у питаннях безпеки пацієнтів

Завгородній І. В., Сидоренко М. О., Білера Н. В., Літовченко О. Л.

Харківський національний медичний університет 67

Секційне засідання: «Попередження негативних наслідків надання медичної допомоги. Досвід мінімізації ризиків у техногенно-небезпечних галузях»

Гармонізація системи охорони здоров'я м. Дніпра в напрямку якості, безпеки та доступності медичної допомоги населенню

Бабський А. А.

Заступник міського голови, департамент охорони здоров'я

населення, м. Дніпро 69

ІТ в управлінні якістю лабораторної діагностики на первинному рівні

Саганенко В. О.

Спостережна рада Асоціації якості лабораторної діагностики 72

Захист стану здоров'я вагітних в ХХІ сторіччі:

мультидисциплінарний підхід

Антипкін Ю. Г., Давидова Ю. В.

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України» . . . 73

Небажані побічні реакції на лікарські засоби: сучасний стан проблеми

Хайтович М. В., Голопихо Л. І.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця 75

Досвід попередження дефектів надання медичної допомоги

Казмірчук А. П., Циц О. В., Лінник В. І., Агрепишин С. В.

Національний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ» 77

Управління ризиками як важливий елемент системи управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я

Строкань А. М.¹, Зуб В. О.²

Клінічна лікарня «Феофанія» Державного управління справами¹,

Комунальний лікувально-профілактичний заклад

«Чернігівський обласний онкологічний диспансер»² 78

Гемотрансмісивні інфекції та їх профілактика в службі крові Збройних Сил України

Замковий А. Д.

Центр крові Збройних Сил України 80

Безпека пацієнтів: контроль якості лікарських засобів та виробів медичного призначення за деякими мікробіологічними показниками Сурмашева О. В., Ніконова Н. О., Олійник З. А. ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України»	83
---	----

Аналіз стану безпеки працівників у виробничому процесі (на прикладі працівників медичних закладів) Майстренко В. В., Сторож Я. Б. ДУ «Національний науково-дослідний інститут промислової безпеки та охорони праці»	84
--	----

Опыт единой интегрированной системы неотложной медицинской помощи в Словакии Лабаш П. ¹ , Бойко В. В. ² , Замятин П. Н. ² , Дубровина Н. А. ³ , Замятин Д. П. ² Медицинский факультет Университета им. Я. Коменского в Братиславе ¹ , ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМН Украины» ² , ХНМУ ² , Экономический университет Братиславы ³	86
--	----

Виробничий травматизм у медичній сфері в Україні: стан і тенденції Скалецький Ю. М. ¹ , Риган М. М. ² , Майстренко В. В. ³ , Різник К. С. ⁴ ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України» ¹ , Медичний центр «Сучасна ортопедія» ² , ДУ «Національний науково-дослідний інститут промислової безпеки та охорони праці» ³ , Національний медичний університет імені О. О. Богомольця ⁴	88
--	----

Мультимодальная стратегия программ инфекционного контроля Анчишкин А. И. Комитет мониторинга инфекционной безопасности ЛПУ департамента здравоохранения населения горсовета, г. Днепр	90
--	----

Інструменти надання карт-повідомлень про випадки побічних реакцій лікарських засобів і процесі їх аналізу Матвєєва О. В., Логвіна І. О., Хоромська О. Л., Фіголь Л. О., Кашуба О. В. ДП «Державний експертний центр МОЗ України»	93
---	----

Презентації

Сталий розвиток та цілі сталого розвитку в Україні 2015–2030 Король Н. О. Офіс ВООЗ в Україні	95
--	----

Patient safety as a new paradigm of clinical work R. Gnesotto WHO CO Ukraine	106
---	-----

Стенові доповіді

Актуальні аспекти внутрішньолікарняних інфекцій грибкової етіології

Циганчук О. М.¹, Літус О. І.²

ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб
ім. Л. В. Громашевського» НАМН України¹, Національна медична
академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика² 111

Актуальні питання дезінфекційно-стерилізаційних заходів у лікувально-профілактичних закладах м. Дніпра

Шатирко Д. В.¹, Лебединська Н. Ю.¹, Бірюкова Л. Е.¹, Кісельов Д. А.²,
Безхлібна Т. В.²

ВСП «Дніпровський міський відділ лабораторних досліджень»¹,
ДУ «Дніпропетровський обласний лабораторний центр МОЗ України»,
ДУ «Дніпропетровський обласний лабораторний центр МОЗ України»² . . . 113

Актуальні проблеми інфекційної безпеки пацієнтів у лікувальних закладах

Лебединська Н. Ю.¹, Попова Н. П.¹, Колісниченко Л. О.¹,
Кузьменко О. В.², Головіна Ю. Ю.²

ВСП «Дніпровський міський відділ лабораторних досліджень»¹,
ДУ «Дніпропетровський обласний лабораторний центр МОЗ України»,
ДУ «Дніпропетровський обласний лабораторний центр МОЗ України»² . . . 114

Аналіз лікарських помилок – фактор підвищення професійної підготовки лікарів і поліпшення якості лікувально-діагностичного процесу в госпіталі

Асаулюк І. К., Голик Л. А., Денисюк А. І., Ольховська Е. П.,
Сіроштанова І. О.

Національний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ» 116

Аналіз дотримання нормативу прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на виклик

Рошнін Г. Г.¹, Печиборщ В. П.², Крилюк В. О.², Волошин В. Д.²

Національна академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика¹,
ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допо-
моги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України»² . . . 119

Аналіз суб'єктивного сприйняття небезпеки онкологічних захворювань населенням урановидобувних регіонів

Шевченко О. А., Дорогань С. Б.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» 122

Антибіотикорезистентність у сучасних реаліях кардіохірургічних втручань

Лазоришинець В. В., Крикунов О. А., Колтунова Г. Б.

ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії
імені М. М. Амосова НАМН України» 125

Безпека пацієнтів у патоморфології: шляхи зниження помилок Непомнящий В. М. <i>ДУ «Інститут нефрології НАМН України»</i>	127
Вимоги до ефективного використання робочої пози дитини під час письмового завдання Калиниченко І. О., Завадська М. М. <i>Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка</i>	129
Вимоги до цивільних закладів охорони здоров'я, які передбачається використовувати в особливий період для лікування поранених і хворих військовослужбовців Лівінський В. Г. <i>Українська військово-медична академія</i>	131
Державні програми з охорони здоров'я в Україні як інструмент розробки підходів до надання якісної медичної допомоги Коблянська А. В. <i>ДУ «Інституту громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України»</i>	133
Досвід організації заходів з інфекційного контролю за туберкульозом в умовах обласного центру СНІДу Чухалова І. В. ¹ , Марченко Н. Є. ¹ , Маргітіч І. М. ¹ , Дараган Г. М. ² <i>КЗ «Дніпропетровський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом»¹, ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»²</i>	135
Єдиний медичний простір: вимога часу Жаховський В. О. <i>НДІ проблем військової медицини Української військово-медичної академії</i>	137
Изучение антимикробных свойств иммобилизованных волокнистых N-хлорсульфонамидов Романенко Л. И. ¹ , Торопин В. Н. ² , Сурмашева Е. В. ¹ <i>ГУ «Институт общественного здоровья им. А. Н. Марзеева НАМН Украины»¹, ГВУЗ «Украинский государственный химико-технологический университет»²</i>	138
Методичні аспекти запобігання ризику для здоров'я пацієнтів при проведенні R-діагностичних процедур у медичній практиці Дац І. В., Скалецька Н. М. <i>Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького</i>	140

Нозокоміальний інфекційний ендокардит

Колтунова Г. Б., Крикунов О. А., Буряк Р. В., Списаренко С. П.,
Малишева Т., Пустовалова А. О., Хмелевський А. М.

ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії

ім. М. М. Амосова НАМН України» 142

Об ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения в Украине

Бабкина Е. П.

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца 142

Один з етапів вирішення актуального питання судово-медичної експертизи – встановлення крові менструального походження

Варуха К. В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця 145

Організація мікробіологічного моніторингу в кардіохірургічному центрі

Філоненко Г. В.

ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології

та кардіохірургії МОЗ України» 147

Особливості медичного супроводу пацієнтів з надуманими (уявними) паразитозами та арахноентомозами

Гушук І. В.¹, Драб Р. Р.², Гільман А. Ю.¹, Сафонов Р. В.²,

Бялковський О. В.²

НДЦ «Екології людини та охорони громадського здоров'я»

Національного університету «Острозька академія»¹,

ДУ «Рівненський обласний лабораторний центр МОЗ України»² 149

Проблема безпеки пацієнтів з точки зору патолога

Гичка С. Г., Кузик П. В., Діброва В. В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця 151

Проблемні питання судово-медичної експертизи з надання медичної допомоги населенню України

Ергард Н. М.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця 153

Прогнозування успіху хірургічного лікування на основі моделі складної системи «Госпіталь»

Мороз О. М.¹, Бегун В. В.², Гибало Р. В.³, Скалецький Ю. М.⁴

Київський національний університет імені Тараса Шевченка¹,

ПММС НАН України², Національний військово-медичний

клінічний центр «ГВКГ»³, ДУ «Інститут громадського здоров'я

ім. О. М. Марзєєва НАМН України»⁴ 154

**Профілактика виробничо-зумовленої захворюваності
в педагогічних працівників як основа охорони праці в галузі**

Латіна Г. О., Заїкіна Г. Л.

Навчально-науковий інститут фізичної культури, Сумський
державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка156

**Профілактичні аспекти надання медичних послуг
здоровим підліткам**

Бердник О. В., Добрянська О. В., Скочко Т. П., Рудницька О. П.

ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва
НАМН України»159

**Результати мікробіологічного моніторингу клінічних ізолятів
у закладах охорони здоров'я Дніпропетровської області
у 2014–2015 роках**

Гамота І. О.¹, Штепа О. П.¹, Резвих В. Г.¹, Кузьменко О. В.¹,

Головіна Ю. Ю.¹, Колеснікова І. П.², Степанський Д. О.³,

Дараган Г. М.³, Крушинська Т. Ю.³

ДУ «Дніпропетровський обласний лабораторний центр МОЗ України»¹,
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця²,
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»³161

**Стан і шляхи покращення забезпечення ліками пацієнтів України
на засадах медичної реформи**

Ергард М. М.¹, Ергард Н. М.²

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»¹,
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця²163

Стан та шляхи покращення безпеки пацієнтів

Федорова О. А.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця165

**Сучасні проблеми визначення ефективності
дезінфекційних засобів**

Олійник З. А.

ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва
НАМН України»168

**Циркуляція грибів роду *Candida* у внутрішньому середовищі
багатопротірного стаціонару**

Собкова Ж. В.¹, Коломієць В. Б.¹, Росада М. О.², Сурмашева О. В.²

Національний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ»¹,

ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва
НАМН України»²169

***Щодо своєчасності та якості медичної допомоги
військовослужбовцям під час АТО***

Скалецький Ю. М.¹, Жаховський В. О.², Лівінський В. Г.³

ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва

НАМН України»¹, НДІ проблем військової медицини Української

військово-медичної академії², Українська військово-медична

академія³ 171

***РЕКОМЕНДАЦІЇ РАДИ ЄС від 9 червня 2009 р. щодо безпеки
пацієнта, включаючи попередження та боротьбу***

з внутрішньолікарняними інфекціями 173

***Концепція Програми розвитку паліативної допомоги та догляду
в м. Дніпрі на 2017–2020 роки (проект)*** 183

***Концепція Програми «Інфекційна безпека міста Дніпро
на 2018–2020 роки» (проект)*** 191

***Резолюція Міжнародної науково-практичної конференції
«Безпека пацієнтів в Україні: стан і шляхи її покращення»*** 197

ПЛЕНАРНЕ ЗАСІДАННЯ: «ПРОБЛЕМА БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ В УКРАЇНІ»

Медико-соціальні та економічні аспекти проблеми безпеки пацієнтів

Сердюк А. М.

Про масштаби шкоди пацієнтам у процесі надання медичної допомоги свідчать дані, наведені в Гельсінській декларації з безпеки пацієнтів в анестезіології (<http://www.patientensicherheit-ains.de/deklaration/deutsch.html>): щорічно у всьому світі близько 230 000 000 пацієнтів перебувають під наркозом при виконанні серйозних операцій. Ці заходи викликають близько семи мільйонів тяжких післяопераційних ускладнень, які майже у мільйона пацієнтів закінчуються смертю (близько 200 000 смертей в Європі).

Європейський центр з контролю і профілактики захворювань (ECDC) підрахував, що в середньому госпітальні інфекції трапляються в одного госпіталізованого пацієнта з двадцяти, і вони є причиною 37 000 випадків смерті в ЄС.

Згідно з Рекомендаціями Rec(2006)7 та Комітету Міністрів Ради Європи країнам-членам з управління безпекою пацієнтів та попередження побічних ефектів в охороні здоров'я акцентується, що безпека пацієнтів має сприйматися як важлива складова якості медичної допомоги. Вона також має ґрунтуватися на попереджувальному підході, систематичному аналізі та зворотному зв'язку з різних звітних систем, і перш за все звітів медичного персоналу про інциденти. Це ж підтверджують і Рекомендації Rec(2009/C 151/01) з безпеки пацієнтів, включаючи попередження та контроль інфекцій, асоційованих з наданням медичної допомоги.

Виконавчою владою України визнається проблема лікарських помилок (наказ МОЗ України від 01.08.2011 № 454). Але заява Міністра охорони здоров'я у зверненні до учасників Першого національного конгресу з безпеки пацієнтів: «Уряд України, Міністерство охорони здоров'я докладуть всіх зусиль для забезпечення безпеки пацієнтів...», – досі залишається лише заявою.

При аналізі динаміки смертності в Україні (Щорічні доповіді про стан охорони здоров'я населення, санітарно-епідемічної ситуації та результати діяльності системи охорони здоров'я України (далі – Щорічна доповідь МОЗ) серед причин смертності дефекти надання медичної допомоги МОЗ не враховуються. Тільки в Щорічній доповіді МОЗ за 2016 рік наведено показники смертності пацієнтів у стаціонарах за 2014–2015 роки без спроб їх аналізу.

Разом з тим, за даними ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України», у 2013 році стаціонарна летальність дорослого населення зросла більш ніж на 25 тис. осіб порівняно з 2003 роком. І це на фоні впровадження в галузь системи управління якістю. Слід врахувати й те, що протягом цього періоду ВВП на душу населення України зростав, досягши в 2013 році найвищого рівня за всю історію незалежності.

Дослідження причин стрімкого зростання стаціонарної летальності все ще попереду, але вже зараз очевидно, що з безпекою вітчизняного лікарняного середовища є проблеми.

Ситуація з безпекою пацієнтів у Дніпропетровському регіоні. Загальна стаціонарна летальність у закладах охорони здоров'я Дніпропетровського регіону у 2015 році становила 1,51 %, що на третину вище, ніж у 2010 році (1,1 %), і на 20 % вище загальнодержавного рівня (1,26 %).

У 2015 році Дніпропетровщина за рівнем загальної стаціонарної летальності була третьою після Донецької та Луганської областей, що мають проблеми в охороні здоров'я через агресію сусідньої держави. Смертність пацієнтів з хворобами системи кровообігу в стаціонарах Дніпропетровщини зросла значно більше ніж наполовину порівняно з 2010 роком: 2,7 % і 4,28 % у 2010 і 2015 роках відповідно.

За післяопераційними ускладненнями у 2016 році Дніпропетровський ОКОЦ з показником 2,5 % був на четвертому місці та за післяопераційною смертністю хворих (0,7 %) – на п'ятому місці серед закладів охорони здоров'я в Україні.

Порівняно з 2010 роком (0,4 %) смертність прооперованих онкохворих зросла практично вдвічі (Бюлетень Національного канцер-реєстру №18 – «Рак в Україні, 2015–2016»).

І знову ж таки негативні тенденції в охороні здоров'я Дніпропетровщини щодо стаціонарної смертності сформувалися на фоні зростання благополуччя дніпрян. Крім того, охорона здоров'я Дніпропетровщини була під прискіпливою увагою фахівців і спільноти, оскільки вибрана пілотною для оцінки ефективності реформ в охороні здоров'я України.

За даними Національної доповіді про стан техногенної безпеки в Україні (2014), у закладах охорони здоров'я Дніпропетровщини щорічно реєструється в межах 200 випадків інфекцій, асоційованих з наданням медичної допомоги. Це рівень госпітальних інфекцій окремих вітчизняних закладів охорони здоров'я, де проблемі госпітальних інфекцій приділяється належна увага і де всі випадки госпітальних інфекцій реєструються. Для порівняння – у Великобританії щорічно реєструється близько 100 тис. таких випадків!

Постає питання, чи можна протистояти проблемі, не знаючи її масштабів та основних характеристик.

Висновок:

1. В Україні проблемі безпеки пацієнтів на державному рівні приділяється недостатньо уваги.

2. У державі в цілому і в регіонах зокрема немає належної інформаційної бази для прийняття управлінських і політичних рішень з мінімізації шкоди, асоційованої з наданням медичної допомоги.

**Челлендж по антимикробной резистентности
в пульмонологии как основа таргетной
и безопасной антибактериальной терапии ИНДП**

Перцева Т. А.

Еще на церемонии вручения Нобелевской премии в 1945 году Александр Флеминг заявил: *«...В лабораторных условиях можно легко сделать микробы устойчивыми к пенициллину, используя концентрации, не способные убить их... этого следует остерегаться в теле человека...»*. С тех пор человечество и ведет борьбу с антибиотикорезистентностью.

Очень красочно механизм приобретения устойчивости к антибиотикам продемонстрировали ученые из Гарвардского медицинского университета, представившие свою модель «Эволюции бактерий»: на края поверхности большой чаши Петри помещаются изоляты бактерий, которые начинают расти до полоски с антибиотиком, затем некоторые микроорганизмы, эволюционируя, приобретают устойчивость к антибиотикам и успешно пересекают полосу антибиотика; так через 11 дней чаша Петри полностью заполняется микробами, резистентными к этим антибиотикам.

Выделяют несколько механизмов антибиотикорезистентности:

1. Мутация. Некоторые антибиотики, например фторхинолоны, ингибируя жизненно важный фермент микробной клетки – ДНК-гиразу, вызывают гибель бактерии. В результате генных мутаций обмен веществ микроорганизма может быть изменён таким образом, что блокируемые антибиотиком биохимические реакции больше не являются критичными для жизнедеятельности данного микроорганизма.

2. Разрушение или инактивация. Многие бактерии способны вырабатывать энзимы, которые химически разрушают или деактивируют антибиотик. К настоящему времени описано более 200 ферментов. Самый популярный пример – устойчивость микроорганизмов к β -лактамам, что является ферментативной инактивацией в результате гидролиза одной из связей β -лактамного кольца ферментами β -лактамазами.

3. Эффлюкс – активное выведение антибиотика из микробной клетки через эффлюксные насосы. Пример – пневмококк выводит 14- и 15-членные макролиды.

В настоящее время доказано, что распространенность различных механизмов резистентности среди разных видов микробов может значительно варьировать в различных странах и регионах. Именно поэтому среди ожидаемых причин смерти к 2050 году на первом месте стоит сегодня антимикробная резистентность.

Пути к решению проблемы антибиотикорезистентности в пульмонологии

В 2016 году Европейским респираторным сообществом была опубликована монография по рациональной антибактериальной терапии респираторных инфекций. Она гласит, что из-за увеличения числа жителей, часто и надолго госпитализирующихся в медицинские учреждения, и других, получающих терапию различными иммунодепрессивными препаратами, мультирезистентные организмы, вызывающие негоспитальную пневмонию, представляют собой новую проблему. Самыми частыми мультирезистентными микроорганизмами в пульмонологии являются *P. aeruginosa*, *Enterobacteriaceae*, резистентные к бета-лактамам расширенного спектра. В целом распространенность мультирезистентности основных респираторных возбудителей (пневмококк и гемофильная палочка) в Европе остается низкой (7,6 % в Испании, 3 % в Великобритании). Одним из наиболее проблемных респираторных возбудителей в плане мультирезистентности является метициллин-резистентный *S. aureus* (MRSA).

С целью определения чувствительности основных респираторных возбудителей к антибиотикам Украина постоянно принимает участие в международном клиническом исследовании SOAR. Согласно последним опубликованным данным, большинство штаммов пневмококка и гемофильной палочки сохраняют высокую чувствительность к амоксициллину и амоксициллин/клавуланату, что в большей степени предопределяет актуальность назначения данных препаратов при инфекции дыхательных путей.

В 2016–2017 гг. были опубликованы результаты рандомизированного исследования по тяжелой негоспитальной пневмонии Community-Acquired Pneumonia in Intensive Care Study (CAPUCI) study, которое показало:

1. Преимущество назначения бета-лактама в комбинации с макролидом по сравнению с антибиотиком широкого спектра действия у больных без ХОЗЛ и бронхоэктазов.
2. Огромную роль различных диагностических экспресс-тестов и посевов.

3. Необходимость наиболее ранней деэскалации АБТ даже у пациентов с сепсисом и септическим шоком.

В современной микробиологии сложились тренды по глобальному росту антирезистентности на фоне практически отсутствия новых антибиотиков, регистрируемых FDA.

Кроме того, необходимым является соблюдение принципов безопасного назначения антибактериальных препаратов. Так, например, пенициллины химически несовместимы с гепарином, гентамицином, левомицетином, эуфиллином, барбитуратами, а фармакокинетически – с фуросемидом и системными глюкокортикостероидами. Побочными явлениями, встречающимися при назначении пенициллинов, являются аллергические реакции, нейротоксические реакции, дисбактериоз, лейкопения, тромбоцитопения. Макролиды нельзя вводить в одном шприце с витаминами группы В, аскорбиновой кислотой, гепарином, а побочные реакции включают диспептические явления, стоматиты, гингивиты, холестаз, флебит (при в/в введении). Цефалоспорины I поколения нельзя сочетать с нефротоксичными препаратами (фуросемид, индометацин), а цефалоспорины III и IV поколения – с гепатотоксичными лекарствами. Нежелательные явления, встречающиеся при введении цефалоспоринов, – аллергия, болезненность в месте введения, нефро-, нейро-, гепато- и гематотоксичность, дисбактериоз. Респираторные фторхинолоны следует с осторожностью назначать одновременно с препаратами, удлиняющими интервал QT. А при одновременном применении с глюкокортикостероидами повышается риск разрыва сухожилий, особенно у пожилых, совместно с препаратами, ощелачивающими мочу нефротоксических эффектов. После назначения фторхинолонов встречаются артропатия, артралгия, миалгия, тендинит, транзиторный нефрит, удлинение интервала QT на ЭКГ, кандидоз слизистой оболочки полости рта и/или вагинальный кандидоз, псевдомембранозный колит и др.

Післяопераційні ускладнення та проблеми безпеки пацієнтів в кардіохірургії

Лазоришинець В. В., Крикунов О. А.

Сучасна кардіоторакальна хірургія – це складна соціотехнічна система, що охоплює унікальні техніку та апаратуру, лікарів високого рівня підготовки та пацієнтів підвищеного ступеня ризику. Ми працюємо в умовах критичного рівня безпеки, складність надаваної медичної допомоги і фактори ризику з боку пацієнта експоненціально збільшують потенціальний ризик можливих ускладнень.

Матеріали та методи. З 01.01.1993 по 31.12.2016 в ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова» НАМН України пройшли хірургічне лікування 3 495 809 пацієнтів. За більш ніж 20-річний період роботи інституту госпітальна летальність знизилася з 13,3 % (1993 р.) до 1,3 % (2016 р.) випадків. Кількість інвазивних процедур у 2016 р. становила 3212 інтервенцій.

Результати та обговорення. Аналіз результатів хірургічного лікування аневризми грудної аорти виявив, що при розширюючих аневризмах госпітальна летальність зменшилася з 7,2 до 1,3 %, при аневризмах без розшарування – з 6 до 0 % випадків. При цьому загальна госпітальна летальність при хірургічному лікуванні аневризми грудного відділу аорти у 2016 р. не перевищила 0,5 % випадків. Кількість оперативних втручань з приводу інфекційного ендокардиту збільшилася з 63 (1993 р.) до 236 (2016 р.) пацієнтів відповідно. Госпітальна летальність знизилася з 14,2 % (1994 р.) до 2,1 % (2016 р.) випадків відповідно. За останні 7 років частота рецидивів інфекційного ендокардиту складає 0,4 % випадків.

Оцінка результатів хірургічного лікування набутих вад серця за останні роки виявила стабільну картину. Так, у 2016 р. кількість втручань склала 940 операцій з госпітальною летальністю 2,9 %. Госпітальна летальність при протезуванні мітрального клапана та одночасному аорто-коронарному шунтуванні становила 5,3 %, за даними Society of Thoracic Surgeons (STS) вона дорівнює 9,6 % випадків. Аналогічні дані щодо госпітальної летальності спостерігаються і при одночасному протезуванні аортального та мітрального клапанів – 4,9 %, а за даними STS – 6,8 % випадків. Серед післяопераційних ускладнень при хірургічному лікуванні набутих вад серця домінують: гостра дихальна недостатність – 2,9 % (12,8 % – STS) випадків, реторакотомії – 2,6 % (4,1 % – STS) випадків, гостра серцева недостатність – 1,4 % (1,5 % – STS) та гостра ниркова недостатність – 1,1 % (4,6 % – STS) випадків відповідно. При аналізі ускладнень, які призвели до летальних наслідків при хірургічному лікуванні набутих вад серця, виявлено, що головною причиною є ятрогенні пошкодження – 9 (1 %) випадків. Результати хірургічного лікування ішемічної хвороби серця останніми роками тримаються на сталому рівні – 1232 операції (2016 р.). Кількість встановлених стентів на одного пацієнта з ішемічною хворобою серця збільшилася з 0,9 % (2014 р.) до 1,2 % (2015 р.) випадків відповідно. Аналіз рівнів госпітальної летальності при хірургічному лікуванні ішемічної хвороби серця виявив зменшення кількості летальних випадків: з 2 % (2001 р.) до 0,4 % (2016 р.) відповідно. У порівнянні зі світовими даними (STS) госпітальна летальність при хірургічному лікуванні ішемічної хвороби серця склала 2,5 % (2001 р.) та 2,0 % (2014 р.) випадків відповідно. Оцінка післяопераційних ускладнень при хірургічному лікуванні ішемічної хвороби серця показала, що домінують: гостра дихальна

недостатність – 2,8 % (8,7 % – STS), реторакотомії – 2,4 % (4,3 % – STS) та гостра серцева недостатність – 1,3 % (5,9 % – STS), що не перевищує світових показників. Серед ускладнень, що призвели до летальних наслідків при хірургічному лікуванні ішемічної хвороби серця, переважало гостре порушення мозкового кровообігу – 2 (0,3 %) випадки. Динаміка кількості кардіохірургічних втручань при лікуванні вроджених вад серця показала зменшення летальності з 3,8 % (2014 р.) до 1,8 % (2016 р.), при цьому очікувана летальність за шкалою Aristotel коливалася в межах 5,3–6,5. За даними EACTS, госпітальна летальність при хірургічному лікуванні набутих вад серця склала 3,5 % (2016 р.) з прогнозованою летальністю за шкалою Aristotel – 6,5. Значно збільшилася частка ендоваскулярних втручань по відношенню до стандартних кардіохірургічних операцій – з 21,4 % (2010 р.) до 48,1 % (2016 р.) відповідно. Також реєструється зростання кількості ендоваскулярних інтервенцій з приводу вроджених вад серця: закриття дефекту міжпередсердної перетинки – з 29 (2010 р.) до 127 (2016 р.) пацієнтів; закриття відкритого артеріального потоку – з 17 (2010 р.) до 122 (2016 р.) пацієнтів відповідно.

Головне місце серед післяопераційних ускладнень при хірургічному лікуванні вроджених вад серця належить гострій дихальній недостатності – 3,9 % (2016 р.) випадків. Серед ускладнень, що призвели до летальних наслідків при хірургічному лікуванні вроджених вад серця, необхідно виділити: кардіогенний шок – 6 (0,9 %) випадків, гостре порушення мозкового кровообігу та госпітальна пневмонія – 2 (0,3 %) та 2 (0,3 %) випадки відповідно.

Висновок. В основі стратегії зменшення післяопераційних ускладнень та госпітальної летальності лежить аналіз стратифікації доопераційних факторів ризику пошкодження органів і систем під час хірургічного лікування. А саме, для центральної нервової системи запропоновано виявлення ураження екстракраніальних судин головного мозку, випадків гострого порушення мозкового кровообігу; для дихальної системи – виявлення пневмоній і хронічних обструктивних захворювань легень; для сечовидільної системи – аналіз порушення концентраційної функції нирок; для серцево-судинної системи – виявлення станів, пов'язаних із систолічною та діастолічною дисфункцією лівого шлуночка. Усі ці вихідні патологічні зміни органів і систем потребують спеціальних протоколів інтраопераційного ведення для уникнення післяопераційних ускладнень. Розроблена система анестезіологічного та перфузіологічного забезпечення хірургічного лікування хворих високого ступеня ризику сприяла радикальному зниженню післяопераційних ускладнень і госпітальної летальності в нашому закладі.

**Проблемные вопросы реализации права пациента
на выбор организации здравоохранения
в Республике Беларусь**

Кралько А. А.

Одно из дискуссионных прав в наборе прав пациента – это право на выбор организации здравоохранения, которое закреплено в статье 41 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении». С одной стороны, это право на практике реализуется, но в ряде случаев его реализация вызывает затруднения как у пациентов, так и у руководителей организаций здравоохранения.

Рассматриваемое право относится к числу субъективных прав пациента, его можно определить как предоставленную гражданину возможность самостоятельно решать, в какую организацию здравоохранения обратиться за медицинской помощью (услугами). Одна из особенностей субъективного права состоит в том, что гарантией его реализации является возможность субъекта, обладающего таким правом, требовать определенного поведения от других лиц, которые обязаны содействовать ему в реализации этого права. Применительно к рассматриваемому праву это означает, что если пациент решил обратиться за медицинской помощью в любую организацию здравоохранения, то эта организация обязана оказать ему такую помощь (услугу), а пациент вправе требовать этого от организации.

На первый взгляд, право пациента на выбор организации здравоохранения абсолютно и должно быть реализовано в любой ситуации, вплоть до того, что если в выбранной пациентом организации нет врача определенного профиля, то руководитель организации должен обеспечить пациенту возможность обратиться к нужному специалисту, пригласив или наняв его специально для данного пациента. Однако это не так, рассматриваемое право не абсолютно. Закон о здравоохранении, предоставляя пациенту право выбирать организацию для оказания медицинской помощи, одновременно и ограничивает это право лечебно-диагностическими возможностями организации.

Реализация данного права имеет особенности в сфере платных медицинских услуг и при амбулаторно-поликлиническом обслуживании. В настоящее время платные медицинские услуги оказывают как негосударственные организации здравоохранения и индивидуальные предприниматели, так и государственные организации здравоохранения. По сути речь идет о рынке медицинских услуг, который подчиняется законам спроса и предложения, на участников которого распространяется гражданское законодательство и законодательство о защите прав потребителей. На этом рынке действует принцип свободы договора и право на свободный выбор услуг, в том числе медицинских. Пациент здесь выступает в роли потребителя, заказчика

медицинских услуг. Таким образом, в рамках отношений по оказанию платных медицинских услуг пациенту уже предоставлено право выбора организации здравоохранения – исполнителя услуг.

В связи с этим есть определенное сомнение касательно относимости права пациента на выбор организации здравоохранения к сфере платной медицины, в частности к тому ее сегменту, в котором работают коммерческие организации здравоохранения. В поддержку этого сомнения говорит также то, что в формулировке данного права фигурирует только юридическое лицо – организация здравоохранения и не упоминаются индивидуальные предприниматели, а также то, что само это право упоминается в нормативных правовых актах, регулирующих оказание медицинской помощи государственными организациями здравоохранения.

Реализация права потребителя медицинских услуг на выбор исполнителя в сфере деятельности коммерческих организаций здравоохранения обеспечивается институтом публичного договора. Что касается отказа коммерческой организации здравоохранения от заключения публичного договора оказания платных медицинских услуг, то такой отказ допускается при отсутствии в организации возможности предоставить потребителю соответствующие услуги.

Больше всего вопросов вызывает реализация права пациента на выбор организации здравоохранения в государственной системе здравоохранения. Граждане Республики Беларусь имеют право на доступное медицинское обслуживание, которое обеспечивается предоставлением бесплатной медицинской помощи на основании государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения в государственных учреждениях здравоохранения. Медицинская помощь гражданам оказывается по месту жительства, в целях своевременного оказания медицинской помощи граждане закрепляются за государственными учреждениями здравоохранения по их месту жительства, а при наличии ведомственных организаций здравоохранения – также и по месту работы (учебы, службы).

В тоже время и в Законе о здравоохранении, и в Инструкции о направлении пациентов, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь, содержатся положения о том, что граждане Республики Беларусь имеют право на получение медицинской помощи также вне их места жительства, и о том, что они вправе обратиться для оказания медицинской помощи в любую организацию здравоохранения. При этом руководитель поликлиники не вправе отказать гражданину в закреплении, если позволяют лечебно-диагностические возможности учреждения. Решение о временном закреплении за государственным учреждением здравоохранения гражданина вне его места жительства для получения медицинской помощи в амбулаторных условиях принимается руководителем (его заместителем).

телем) данного учреждения в течение одного дня со дня обращения. То есть в данном случае имеем дело с императивной нормой: получив письменное заявление гражданина, оформленное по установленной форме, руководитель обязан принять положительное решение в указанный срок.

Для всестороннего понимания порядка и возможностей реализации права на выбор организации здравоохранения его целесообразно рассматривать в разрезе существующих видов, форм, условий, уровней оказания медицинской помощи, а также возрастных групп пациентов. Однако это непростая задача в условиях существующего правового регулирования, которая требует дальнейшего изучения.

Сучасні підходи до визначення несприятливих подій після імунізації, класифікації та їх менеджменту

Васильєва В. А., Матвєєва О. В., Башкатова Т. І.

У звіті робочої групи ВООЗ 2012 р. з питань здійснення фармаконагляду за вакцинами було запропоновано оновлене визначення та класифікація несприятливих подій після імунізації (НППІ), яке було оприлюднене у 2014 р.

НППІ – будь-яка несприятлива з медичної точки зору подія, що виникла після імунізації, але не обов’язково має причинно-наслідковий зв’язок із застосуванням вакцини.

Класифікація НППІ:

- реакція, що обумовлена дією вакцини (НППІ, яка виникла або була спровокована дією безпосередньо вакцини через її склад або властивості препарату);
- реакція, пов’язана із неналежною якістю вакцини (НППІ, що спричинена або спровокована вакциною внаслідок одного або декількох порушень якості препарату, включаючи прилад для введення);
- реакція, що обумовлена технічною помилкою при щепленні (НППІ, яка спровокована неналежним поводженням з вакциною, призначенням або введенням препарату);
- реакція, що обумовлена занепокоєнням з приводу імунізації (НППІ, що розвивається через занепокоєння з приводу імунізації);
- випадковий збіг (НППІ, яка викликана іншою причиною, окрім вакцини, помилкою при імунізації або занепокоєнням з приводу щеплення).

Перед початком розслідування необхідно перш за все з’ясувати:

- чи дійсно НППІ виникла після застосування вакцини;
- розглянути характеристики безпеки вакцини та фонові рівні НППІ;

- можливі механізми виникнення, лікування та попередження нових випадків НППІ;

- врахувати фактори ризику для пацієнта, у якого виникла НППІ.

Процес розслідування випадків НППІ було розподілено на 5 етапів.

Перший етап розслідування – підтвердити інформацію, яка міститься у звіті про НППІ: отримати медичну картку пацієнта, звернути особливу увагу на часовий інтервал між введенням вакцини та розвитком НППІ, зібрати всю інформацію, яка, можливо, пропущена у звіті про НППІ, виявити інші випадки, які, можливо, необхідно також долучити до цього розслідування.

Другий етап розслідування розподіляється на 4 підетапи:

- збір даних про пацієнта – щеплювальний анамнез, виникнення випадків НППІ після застосування вакцин в анамнезі, виникнення подібних НППІ, які не пов'язані із застосуванням вакцини, виникнення подібних випадків НППІ у сім'ї;

- збір даних про подію – розвиток клінічних проявів НППІ у хронологічному порядку, детальний опис клінічних проявів та їх відповідь на лікування, результати лабораторних та інструментальних досліджень, детальний опис проведеного лікування та наслідок НППІ;

- збір даних про вакцину – умови транспортування вакцини від виробника до останнього великого складу зберігання, умови зберігання вакцини в холодильнику, документація та умови транспортування до щеплювального пункту, умови зберігання вакцини на місці (термін дії кімнатної температури, стан холододових елементів), стан флаконного термоіндикатора;

- розслідування та збір даних про інших людей – з'ясувати наявність таких самих клінічних проявів у інших осіб, які були щеплені в тому ж закладі охорони здоров'я, у той же день, з одного флакона, або про осіб, які мали такі самі клінічні прояви та не були щеплені.

Третій етап розслідування також включає 2 підетапи й охоплює процес збору інформації про дозу, спосіб введення вакцини, процес розведення, введення, утилізації вакцини, застосування разом з вакциною інших лікарських засобів і спостереження за процесом розміщення вакцини в холодильнику, зберігання інших засобів у холодильнику з вакциною, етикетки та строк придатності вакцини, безпосереднє спостереження за процедурою щеплення.

Четвертий етап розслідування має бути задіяний у разі летального випадку та включає результати розтину, результати гістологічних, вірусологічних та інших досліджень і відбір зразків вакцини для дослідження, що потрібно вкрай рідко.

П'ятий етап розслідування включає аналіз всієї отриманої інформації та висновок щодо причин розвитку НППІ.

Незважаючи на те, що вакцина є лікарським засобом, підходи до розслідування випадків НППІ вирізняються багатоступеневим підходом. Під час

розслідування має враховуватися багато факторів, які б могли вплинути на розвиток випадку НППП, включаючи відвідування щеплювального кабінету, місць зберігання вакцини, місця проживання пацієнта (за необхідності) та відвідування одного (або декількох) лікувальних центрів.

Проблемы безопасности пациентов при оказании психиатрической помощи

Спирина И. Д., Шорников А. В.

ВОЗ отмечает, что главная причина негативных последствий и проблем обеспечения безопасности пациентов состоит в недостатках концепций, организации и работ.

Обеспечение безопасности пациента предусматривает необходимость широкого спектра мероприятий, связанных с повышением эффективности и безопасности окружающих условий, в том числе борьбу с инфекциями, безопасное использование медицинских препаратов, безопасность устройств, безопасную клиническую практику, безопасные условия медико-санитарной помощи.

Безопасность пациентов касается всех отраслей медицинской помощи и всех ее участников и требует комплексного многостороннего подхода. Именно безопасность пациента должна быть основополагающим принципом оказания медицинской помощи.

Отмечу, что единая формулировка понятия «безопасность пациента» в настоящее время отсутствует, и каждый, кто изучает эту проблему, вкладывает что-то свое. Безопасность пациентов чаще всего определяют как максимально возможное соответствие клинических исходов ожиданиям врача и пациента при минимальном риске отрицательных последствий лечения и диагностики.

Понятие «безопасность пациента», равно как и качество лечения, не разработаны в отношении оказания психиатрической помощи, т.к. к нему предъявляют различные требования заинтересованные стороны: государство через существующее законодательство; пациенты и их родственники, общественные организации; психиатры и другие медработники.

Одним из вариантов обеспечения безопасности пациента является недобровольная госпитализация (госпитализация без осознанного согласия). Недобровольная госпитализация – это одна из форм оказания психиатрической помощи, которая проявляется помещением лица, страдающего психическим расстройством, в психиатрический стационар, но не по его просьбе или с его согласия, а вопреки воле пациента. При принятии решения о госпитализации

важно учитывать юридические аспекты: безопасность пациента и общества, с одной стороны, и основное конституционное право на свободу и неприкосновенность – с другой.

Особенностью недобровольной госпитализации является то, что помещение лица в стационар без его согласия осуществляется до постановления суда на основании заключения врача, что связано с неотложностью психиатрической помощи. Поэтому состояние лица, которое госпитализируется, должно соответствовать критериям, описанным в статье 14 Закона Украины «О психиатрической помощи».

В настоящее время так и не разработаны четкие и однозначные инструкции по определению показаний к госпитализации. Требуется определить, что такое реальная угроза себе, что есть угроза окружающим и как определить невозможность самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности на уровне, обеспечивающем жизнедеятельность. Законы и подзаконные акты должны защищать не только психически больных лиц, но и психически здоровых граждан.

Безопасность оказания психиатрической помощи – это еще и переход на электронный документооборот. Возможность хранения в электронной истории болезни видеоматериалов сделает такую историю болезни пациента максимально объективной. Сам пациент, его законные представители, просмотрев видеозапись беседы с врачом, могут убедиться в достоверности трактовки его клинической симптоматики.

На глобальном уровне более 300 миллионов человек страдают от депрессии, что эквивалентно 4,4 % населения мира.

Государственные программы профилактики отсутствуют, а для обращения к частным специалистам у многих граждан отсутствует материальная возможность. Из-за этого мы и наблюдаем рост психосоматических заболеваний, таких как гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка, сахарный диабет 2 типа и другие, что в свою очередь может привести к депрессии. Согласно данным ВОЗ, если не будут приняты соответствующие меры, то к 2020 году депрессия выйдет на первое место в мире среди всех заболеваний, обогнав сегодняшних лидеров – инфекционные и сердечно-сосудистые заболевания.

Безопасность психиатрической помощи – это еще информированность о психическом здоровье и доступность помощи.

Основным заказчиком психогигиенических и психопрофилактических мероприятий должно быть государство. Государство в первую очередь должно быть заинтересовано в обеспечении, сохранении и поддержании здоровья своих граждан, заниматься предупреждением возникновения и хронизации психических расстройств. Согласно мировым расчетам, каждый доллар, инвестированный в лечение депрессии и тревожных состояний, принесет

4 доллара экономии благодаря улучшению здоровья и уменьшению временной нетрудоспособности.

Таким образом, улучшение безопасности пациентов должно проводиться согласно рекомендациям ВОЗ по трем взаимодополняющим направлениям:

- профилактика нежелательных событий;
- выявление нежелательных событий;
- смягчение их эффекта в тех случаях, когда они все-таки происходят.

Для этого необходимо:

- развигать возможности по предсказанию возможных ошибок и выявлению скрытых системных слабостей, чреватых нежелательными последствиями;
- развигать возможности для извлечения уроков из допущенных ошибок за счет совершенствования систем отчетности, расследования инцидентов и ответственного распространения полученных данных;
- улучшать систему оказания медицинской помощи.

СЕКЦІЙНЕ ЗАСІДАННЯ: «ІНФЕКЦІЙНА БЕЗПЕКА»

Профілактика та боротьба з внутрішньолікарняними інфекціями

Сердюк А. М., Сурмашева О. В.

За даними ВООЗ, внутрішньолікарняні інфекції (ВЛІ) реєструються в середньому у 8,4 % пацієнтів і часто є причиною загибелі хворих. У цілому показник летальності серед хворих з ВЛІ у 10 разів вищий, ніж в осіб без них. Найбільше страждають від таких інфекцій новонароджені. Так, у 8 регіонах СНД у відділеннях патології новонароджених летальність від нозокоміальних інфекцій подекуди сягає 46,6 %. У 21,9 % прооперованих дітей старшого віку, які перебувають на лікуванні в хірургічних стаціонарах, розвиваються ВЛІ. Дещо нижчі, але достатньо високі рівні ВЛІ спостерігаються серед дорослих контингентів хворих, і досягають 15–36 % серед породіль і хворих хірургічних відділень.

Від ВЛІ потерпають не тільки пацієнти. Групою ризику в лікувально-профілактичних закладах є медичні працівники. У відділеннях гнійної хірургії 63,0 % медичного персоналу протягом року захворює на різні форми гнійно-запальних інфекцій. У пологових будинках ця цифра становить 15,0 %. У 5,0–7,0 % медичного персоналу можливі повторні інфекційні захворювання.

Велике значення має аналіз причин розповсюдження полірезистентних штамів збудників ВЛІ. Серед них – грубі порушення санітарно-епідемічного режиму в ЛПЗ, призначення лікарями антибактеріальних препаратів без урахування чутливості збудників до них, незадовільна забезпеченість медичних закладів обладнанням та інструментарієм, недостатня кількість централізованих стерилізаційних відділень, мікробіологічних лабораторій, використання застарілих і малоефективних дезінфекційних засобів (ДЗ), порушення рекомендованих режимів використання ДЗ.

Із світового досвіду відомо, що практично впливати на проблему ВЛІ можна лише там, де працює система інфекційного контролю, яка починається, перш за все, з налагодження виявлення та реєстрації захворювань і конструктивно вирішує питання упровадження заходів боротьби та профілактики, а не покарання винних. Для боротьби з ВЛІ, їх попередження необхідне раціональне використання методів і засобів неспецифічної профілактики, серед яких провідну роль відіграють дезінфектологічні технології, спрямовані на переривання епідемічного процесу на шляхах його розповсюдження, на усунення збудників із зовнішнього середовища. Такі технології ґрунтуються

на використанні дезінфікуючих, стерилізуючих, інсекто- та акарицидних, репелентних і родентицидних засобів і пристроїв.

В Україні зареєстровано та використовується біля 1000 ДЗ. До них належать препарати, які мають мийні, очищувальні, відбілювальні, дезодорувальні та інші корисні властивості, що дозволяє суміщати дезінфекцію в приміщеннях з прибиранням, знезараження санітарно-технічного обладнання з його чищенням, білизни – її пранням у пральних машинах з відбілюванням, дезінфекцію виробів медичного призначення – з передстерилізаційним очищенням.

Застосування поліфункціональних препаратів («Нейтральний аноліт АНК», «Перекис водню медичний» та інш.) дозволяє здійснювати суміщення знезараження, передстерилізаційне очищення та стерилізацію виробів медичного призначення. Поряд з універсальними ДЗ рекомендовані та застосовуються препарати спеціального, вузькоцільового призначення для знезараження контуру циркуляції діалізуючої речовини гемодіалізних апаратів, стоматологічних відбитків, для обробки стоматологічних відсмоктувальних систем. Рекомендовано застосування поєднаних методів: дезінфекції будь-яким з дозволених хімічних ДЗ поверхонь з подальшим ультрафіолетовим їх опроміненням, обробки виробів медичного призначення розчином дезінфектанта в поєднанні з ультразвуком в ультразвукових установках, знезараження медичних відходів з одночасною механічною деструкцією, дією НВЧ-випромінення, підвищеної температури.

Новим є термічний метод стерилізації металевих стоматологічних і мікрохірургічних інструментів короткочасним імпульсним інфрачервоним опроміненням; нові технології знезараження повітря приміщень за допомогою спеціального обладнання; бактерицидних рециркуляторних ультрафіолетових установок «Дезар», озонатора ОЗДВ-«РИОС», генератора дрібнодисперсного аерозолі (туману) гідропероксиду «Нокоспрей».

Особливої уваги слід приділити засобам, які використовуються для обробки рук медичного персоналу. Аналіз резервуарів збудників ВЛІ свідчить, що руки – джерело розповсюдження ентеробактерій, синьогнійної палички, протей, провіденції, золотистого та епідермального стафілококів, дифтеріодів, грибів роду Кандида. До характерних рис патогенної мікрофлори, що викликає ВЛІ, належать: убіквітарність, здатність до швидкого розповсюдження, виражена стійкість до хімічних і фізичних факторів навколишнього середовища, невибагливість до умов у процесі росту та розмноження, висока контагіозність.

Позитивним кроком на шляху профілактики ВЛІ стало впровадження національних стандартів з дезінфекції та стерилізації виробів медичного призначення, гармонізованих з європейськими та міжнародними стандартами. Для підвищення ефективності дезінфекційно-стерилізаційних заходів у ЛПЗ необхідна загальнодержавна програма боротьби з ВЛІ. З метою вирішення

цієї проблеми слід удосконалити та розширити національну нормативну базу, що дозволить підвищити надійність гігієнічних регламентів, ефективність використання ДЗ та антисептиків.

Всеукраїнський проект «Чиста лікарня безпечна для пацієнта».
Науковий погляд на впровадження в закладах
охорони здоров'я України

Леонов Ю. І.

Ефективне функціонування сучасного закладу охорони здоров'я – кропітка справа, яка вимагає наполегливості. Головним критерієм, окрім професійної майстерності персоналу, є дотримання санітарно-гігієнічних норм. Саме на них спрямовано Всеукраїнський проект «Чиста лікарня безпечна для пацієнта».

Цей проект запроваджено Асоціацією «Служба організації інфекційного контролю» та Всеукраїнською асоціацією медсестер України.

Мета проекту: виявлення зон порушення стандартів чистоти в ЗОЗ.

Об'єкт: дотримання стандартів чистоти та безпеки в ЗОЗ згідно з чинним законодавством.

Предмет: сучасний стан гігієни в ЗОЗ України.

Завдання проекту:

1. Гігієнічний аудит відділення.
2. Розробка гігієнічного плану.
3. Розгляд рекомендацій відповідно до розроблених рекомендацій.
4. Доопрацювання згідно з розробленими рекомендаціями.
5. Відзнака відділення – надання статусу «Чиста лікарня безпечна для пацієнта».

6. Внесення у Всеукраїнський реєстр проекту.

У межах цього проекту за спільною ініціативою Асоціації медичних сестер України та Асоціації «Служба організації інфекційного контролю» було проведено аналітичне дослідження.

Об'єктами збору даних було визначено 7 областей, що територіально охопили всі регіони країни.

Критерії моніторингу:

- кількість ліжок стаціонару
- кількість медпрацівників стаціонару
- середня кількість пацієнтів, пролікованих у стаціонарі за 1 місяць
- середня кількість ліжок-днів
- використано антисептиків за 6 місяців 2014 р. у літрах
- кількість медпрацівників поліклініки (поліклінічних відділень)

- середня кількість амбулаторно-поліклінічних відвідувань пацієнтів за 1 місяць
- використано антисептиків у поліклініці (поліклінічному відділенні) за 6 місяців 2014 р.
- використано антисептиків по лікарні в цілому за 6 місяців 2014 р.

Крім того, було проведено мікробіологічний аналіз рук персоналу лікувально-профілактичних закладів.

Показано недостатній рівень забезпечення засобами антисептики та дезінфекції закладів охорони здоров'я. Також було проведено моніторинг мікробного забруднення рук у персоналу різних відділень.

Основний висновок, який можна зробити після цих досліджень, – відсутність професійного підходу до налагодження системи та оптимального використання виділеного державної бюджету. Як наслідок – підвищення рівня небезпеки ураження пацієнтів і персоналу внутрішньолікарняними інфекціями.

Оцінка інфекційної безпеки об'єктів довкілля багатoproфільного стаціонару

Росада М. О.

Серед лікувально-профілактичних закладів було обрано для проведення досліджень багатoproфільні стаціонари, які надавали медичну допомогу, в тому числі високотехнологічну, пацієнтам відділень хірургічного (35,0 відділень), терапевтичного (27,0 відділень) профілю, а також реанімаційних відділень. У лікувальних закладах діяв комплекс організаційних, профілактичних і протиепідемічних заходів, спрямованих на попередження виникнення і поширення інфекційних ускладнень, створений з метою профілактики ускладнень, зниження економічних збитків. Відповідно до програми контролю за дотриманням санітарних правил і виконанням санітарно-протиепідемічних заходів у досліджуваних лікувальних закладах на початковому етапі дослідження з 2008–2011 рр. при проведенні санітарно-бактеріологічних досліджень було проаналізовано 6458 зразків-змивів з рук медичного персоналу, з об'єктів лікарняного середовища, проб на стерильність виробів медичного призначення і проб повітря з метою оцінки початкового санітарно-епідеміологічного стану багатoproфільного стаціонару.

Результати досліджень змивів з кистей рук медичних працівників показали, що персонал стаціонарів не завжди дотримується правил миття рук та їх антисептичної, гігієнічної обробки, особливо в терапевтичному, травматологічному відділеннях та відділенні реабілітації.

З 2008 по 2010 рр. відхилення спостерігалися більш як у 62,9–64,6 % випадків, і лише в 2011 році – у 41,8 % випадків.

Слід зазначити, що медичні сестри та санітарки майже в 100 % випадків мали позитивні результати змивів з кистей рук. На початку робочої зміни найбільш забрудненими були руки санітарок – $31,6 \pm 5,8 \cdot 10^3/\text{см}^2$. Медичним сестрам належало проміжне місце – $13,7 \pm 4,5 \cdot 10^3/\text{см}^2$. Найменш забрудненими були руки лікарів – $26,2 \cdot 10^2/\text{см}^2$.

Усередині робочої зміни кількість мікроорганізмів на руках лікарів, медичних сестер і санітарок вірогідно зростала ($p < 0,05$), більше в санітарок і медичних сестер. Наприкінці робочої зміни загальна кількість колоній порівняно з початковими показниками сягала максимальної кількості: у лікарів – $(3,9 \pm 0,3) \cdot 10^3/\text{см}^2$, у медичних сестер – $(5,8 \pm 1,1) \cdot 10^4/\text{см}^2$, у санітарок – $(12,3 \pm 1,5) \cdot 10^4/\text{см}^2$, тобто зростала в 0,49–4,23 рази ($p < 0,001$). Крім того, з рук виділяли умовно патогенні мікроорганізми *S. aureus* (6,3 %), *P. aeruginosa* (1,5 %), *E. coli* (4,8 %), *Enterobacter cloacae* (2,8 %).

Отримані результати свідчать про те, що на руках медичних працівників упродовж робочої зміни відбувається накопичення загальної та патогенної мікрофлори. Інтенсивність обсіменіння рук є найбільшою в молодшого та допоміжного медичного персоналу, що пов'язано зі специфікою роботи. Окрім того, співробітники стаціонару часто не приділяють уваги ретельному миттю рук після роботи з кожним пацієнтом.

Кількість відхилень при дослідженні проб повітря, в яких верифіковано мікробіологічні порушення, характеризувалася найбільшим показником у 2008 та 2011 роках (5,2 і 4,0 %). У повітрі стаціонару було виділено 51,0 штам мікроорганізмів. Співвідношення грампозитивних та грамнегативних штамів складало 66,7 до 33,3%. Якісний аналіз виділених мікроорганізмів показав наявність штамів, що проявляли гемолітичну активність. Їх середня кількість в 1 м³ повітря складала 23,0 % від виділених мікроорганізмів. З повітря стаціонару приміщень найчастіше висівалися стафілококи (58,9 %). Вони були представлені як коагулазопозитивними, так і коагулазонегативними штамми. У 19,7 % випадків зустрічався *S. aureus*. Кількість ентеробактерій варіювала від 1,9 до 5,9 % у 1,0 м³ повітря (*Citrobacter diversus*, *K. pneumoniae*).

Упродовж періоду дослідження зі змивів з об'єктів довкілля було виділено 56,0 штамів мікроорганізмів. Найчастіше з об'єктів довкілля (приліжкова тумба, приліжковий стіл, ручки вхідних дверей палати та туалета пацієнта, вимикач, ручка холодильника) виділяли *P. aeruginosa* (17,9 %), *S. epidermidis* (16,1 %), *Enterobacter cloacae* (12,5 %), а з повітря – *S. aureus* (14,3 %). У цілому спектр мікроорганізмів, виділених зі змивів об'єктів навколишнього середовища, був представлений на 44,6 % грампозитивними мікроорганізмами та на 51,8 % – грамнегативними.

Таким чином, отримані результати свідчать про незадовільний санітарно-епідеміологічний стан лікувально-профілактичних закладів щодо профілактики нозокоміальних інфекцій. Санітарні норми та правил, проведення

дезінфекційних заходів у ЛПУ потребують негайного перегляду та докорінної зміни, оскільки наразі повністю відсутній механізм обліку використання дезінфекційних засобів і, як наслідок, неможливе визначення повноти та обсягу здійснених ефективних дезінфекційних заходів.

Інфекційний контроль – основа біобезпеки в медичних закладах

Андрєєва І. А., Дідунова І. І., Мамай П. М., Степанський Д. О.

Стратегічним завданням охорони здоров'я є надання якісної медичної допомоги й створення безпечного лікарняного середовища. На сучасному етапі для забезпечення епідемічної безпеки та профілактики внутрішньолікарняних інфекцій використовуються заходи інфекційного контролю. Стратегія підвищення якості медичної допомоги через упровадження в практику охорони здоров'я системи інфекційного контролю доводить її успішність на досвіді багатьох країн світу. Метою інфекційного контролю є зниження захворюваності, летальності й економічного збитку від внутрішньолікарняних інфекцій. Крім того, у стаціонарах ця система покликана поліпшити якість медичної допомоги й забезпечити захист здоров'я персоналу.

Інфекційний контроль (ІК) визначається як комплекс ефективних організаційних, профілактичних і протиепідемічних заходів, спрямованих на попередження виникнення та розповсюдження внутрішньолікарняних інфекцій, що базується на результатах епідеміологічної діагностики. У цьому визначенні відображено принципову відмінність стратегії боротьби з внутрішньолікарняними інфекціями на основі визнаної в багатьох країнах системи інфекційного контролю від діючої дотепер в Україні стратегії регулюючих заходів, які представлено в раніше розроблених нормативних документах. Донедавна традиційні для нашої країни регулюючі заходи передбачали абсолютний диктат зовнішніх організацій (нормативних документів), порівняння даних про випадки ВЛІ із зовнішніми стандартами, інспективний характер відносин з окремими ЛПЗ, покарання за недотримання зовнішніх стандартів. На відміну від них, упровадження системи інфекційного контролю переносить головний напрям боротьби з ВЛІ до кожного конкретного стаціонару, де за умов постійної спрямованості на поліпшення та навчання принципам інфекційного контролю персонал сам ставить мету та визначає методи її досягнення, постійно збирає дані для внутрішньої оцінки стану стосовно внутрішньолікарняних інфекцій, а недоліки розцінюються як вади впроваджені в цьому стаціонарі системи інфекційного контролю, а не конкретної особи. Тільки такий підхід може сприяти пошуку шляхів поліпшення епідемічної ситуації в кожному конкретному стаціонарі та в країні в цілому.

Упровадження системи інфекційного контролю передбачає зміни в організаційній структурі ЛПУ, а саме створення комісії інфекційного контролю (КІК), основним завдання якої є координація заходів персоналу лікарні з метою попередження виникнення внутрішньолікарняних інфекцій. Однією з центральних фігур у розробці та реалізації програм інфекційного контролю є госпітальний епідеміолог, завдання якого полягає в накопиченні достовірної інформації про кількість хворих на гнійно-запальні захворювання та про особливості лікувально-діагностичного процесу з усіх відділень стаціонару, з бактеріологічної лабораторії – даних про мікроорганізми, що циркулюють у відділеннях стаціонару, та їх антибіотикостійкість. Невід’ємною частиною інфекційного контролю є мікробіологічний моніторинг з використанням комп’ютерної програми WHONET, результати якого надають можливість раціонально призначати антибіотики не тільки після визначення чутливості до лікарського препарату мікроорганізму, виділеного з біологічного матеріалу конкретного пацієнта, але й на підставі моніторингу отриманих раніше результатів, що значно зменшує час вибору препаратів і підвищує ефективність лікування, сприяє стримуванню формування антибіотикорезистентності циркулюючих штамів мікроорганізмів. Госпітальний епідеміолог проводить аналіз отриманих даних, бере участь у розробці епідемічно безпечних алгоритмів, доводить результати аналізу до медичних працівників та діючої комісії з інфекційного контролю свого лікувального закладу. Остання на підставі наданих даних приймає управлінські рішення. Таким чином, система інфекційного контролю не вміщує суворо обумовлених кроків (наказ, припис), а має клінічне спрямування і ставить за кінцеву мету поліпшення якості лікувального процесу. У цілому програма інфекційного контролю має включати:

- організаційну структуру управління системою ІК;
- епідеміологічний нагляд;
- мікробіологічний моніторинг;
- комплекс профілактичних і протиепідемічних заходів;
- заходи, спрямовані на охорону здоров’я медичного персоналу;
- систему навчання медичного персоналу.

В Україні досвід упровадження системи інфекційного контролю вкрай недостатній. Тому важливим завданням є підготовка спеціалістів для роботи в системі інфекційного контролю, яка повинна забезпечити можливість оволодіння знаннями з основ інфекційного контролю відповідно до навчальних програм підготовки й підвищення кваліфікації фахівців згідно з міжнародними нормами та рівнями знань.

Таким чином, ефективна профілактика та контроль за внутрішньолікарняними інфекціями потребують координації зусиль як на рівні лікувально-профілактичних закладів, так і на регіональному та національному рівнях. Ураховуючи вищенаведене, можна стверджувати, що в Україні назріла на-

гальна потреба в розробці національної програми інфекційного контролю, якою має бути передбачено комплекс загальних правил і вимог до організації інфекційного контролю в стаціонарах різного профілю в межах усієї країни.

Динаміка антибіотикорезистентності збудників інфекційного ендокардиту

*Крикунов О. А., Буряк Р. В., Колтунова Г. Б., Списаренко С. П.,
Малишева Т., Пустовалова Г. О., Хмелевський А. М.*

Анотація. Розширення спектру збудників інфекційного ендокардиту (ІЕ) та зростання антибіотикорезистентності мікроорганізмів мають негативний вплив на виникнення ускладнених форм перебігу захворювання та зростання госпітальної летальності.

Мета роботи: вивчити антибіотикорезистентність грампозитивних і грамнегативних збудників активного клапанного інфекційного ендокардиту.

Матеріали та методи. Основу дослідження складають клінічні дані 116 хворих на інфекційний ендокардит, які пройшли обстеження та лікування в ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М. М. Амосова НАМН України» з 01.01.2014 по 01.12.2016.

Результати та обговорення. Мікробіологічний спектр збудників інфекційного ендокардиту свідчить про перевагу *Staphylococcus* spp. – 65 (56 %) випадків. *Streptococcus* spp. та *Enterococcus* spp. були ідентифіковані в 11 (9,5 %) та 27 (23,3 %) випадках відповідно. Грамнегативні збудники та грибкова мікрофлора були виділені в 10 (8,6 %) та 2 (1,7 %) випадках відповідно. Проведений аналіз виявив, що серед грампозитивних мікроорганізмів інфекційного ендокардиту реєструється 70,1 % оксацилінрезистентних збудників. Це свідчить, що для 2/3 хворих у схемі емпіричної антибіотикотерапії не можуть бути застосовані препарати пеніцилінового та цефалоспоринового ряду. У цих хворих необхідно застосовувати альтернативні препарати з груп глікопептидів, ліпопептидів та лінезолід, при цьому частка резистентних штамів до *Vancomycin* та *Linezolid* становила 22,1 та 4,8 % випадків відповідно. Резистентність до *Gentamicin* становила 27,9 % випадків. Таким чином, для досягнення синергізму дії комбінації антибіотиків бажано поєднувати групи бактерицидних препаратів (глікопептиди, ліпопептиди) з аміноглікозидами. Не було зареєстровано резистентності до *Tigecycline*, але бактеріостатичність дії цього препарату обмежує його застосування у випадках ІЕ.

Висновок. Регіональна тактика застосування антибіотиків для лікування інфекційного ендокардиту має базуватися на даних постійного мікробіологічного моніторингу місцевих провідних збудників цих інфекцій та їх чутливості до антибіотиків.

СЕКЦІЙНЕ ЗАСІДАННЯ: «БЕЗПЕКА ПАЦІЄНТІВ У ПАЛІАТИВНІЙ ДОПОМОЗІ: МЕДИЧНІ, СОЦІАЛЬНІ ТА ПРАВОВІ АСПЕКТИ»

Доступність та ефективність паліативної та хоспісної допомоги в Україні як умова безпеки інкурабельних пацієнтів та особливості розвитку служби паліативної допомоги в м. Дніпрі

Царенко А. В.

В Україні впродовж останніх років щороку помирають понад 600 тис. осіб, з них, за експертними даними, близько 500 тис. інкурабельних хворих потребують професійної доступної та ефективної паліативної та хоспісної допомоги (ПХД).

За визначенням ВООЗ (1990, 2002), паліативна допомога – це підхід, що покращує якість життя пацієнтів та їхніх рідних, які зіткнулися з проблемою смертельно небезпечної хвороби, шляхом попередження та полегшення страждань завдяки виявленню на ранній стадії та лікуванню болю і симптомів хвороби, усуненню або зменшенню інших фізичних, психосоціальних і духовних проблем. Паліативний догляд забезпечує якісне повноцінне життя пацієнта до останнього подиху та підтримку членів сім'ї під час хвороби їхніх близьких і в період скорботи. Зважаючи на сучасні підходи та 50-річний досвід розвитку ПХД у світі, рекомендації ВООЗ, Ради Європи, Європейської Асоціації Паліативної Допомоги та враховуючи реальний стан становлення системи ПХД в Україні, особливої актуальності та значення набувають пошуки оптимальних доступних та ефективних форм надання ПХД населенню і забезпечення безпеки пацієнтів (ВООЗ, 2002, 2014; Рада Європи, 2004, 2014; МОЗ України, 2013, 2015; Ю. В. Вороненко і співавт., 2014; А. В. Царенко і співавт., 2010–2016).

Традиційно ПХД у фінальному періоді життя надають головним чином онкологічним хворим, проте її необхідно поширювати на більше коло пацієнтів з іншими тяжкими інкурабельними захворюваннями та активніше впроваджувати в практику спеціалізованих служб охорони здоров'я, а також первинної медичної допомоги. Сучасна світова концепція ПХД передбачає попередження та полегшення страждань і покращання якості життя паліативних пацієнтів: по-перше, незалежно від нозології; по-друге, незалежно від віку пацієнта; по-третє, від моменту встановлення діагнозу невиліковного прогресуючого захворювання та обмеженого прогнозу тривалості життя – на всіх етапах його лікування та супроводу.

Відповідно до сучасних міжнародних підходів і стратегій ПХД надається з урахуванням потреб, побажань і згоди пацієнта. За бажанням паліативного хворого та членів його родини пацієнт може одержувати ПХД вдома, в амбулаторіях або центрах первинної медичної допомоги, територіальних центрах соціального захисту населення або в стаціонарних лікувальних закладах будь-якої форми власності, застосовуючи різні організаційні форми, зокрема денний стаціонар, виїзні команди/бригади ПХД, спеціалізовані стаціонарні заклади ПХД (центри паліативної та хоспісної медицини, хоспіси, паліативні або хоспісні відділення багатопрофільних або спеціалізованих закладів охорони здоров'я, установ соціального захисту населення тощо), залежно від медико-демографічних, соціально-економічних і культурно-етнічних особливостей регіону (Вороненко Ю. В. і співавт., 2012–2014; Губський Ю. І. і співавт., 2012–2016; Князевич В. М. і співавт., 2014–2016; Царенко А. В. і співавт., 2010–2016).

Наші дослідження впродовж останніх 5 років визначили типові проблеми, що пов'язані з наданням ПХД у різних регіонах України:

- більшість населення, особливо онкологічні хворі та люди похилого віку, які проживають у сільській місцевості, не мають змоги отримати якісну та безпечну ПХД наприкінці свого біологічного життя;
- при лікуванні в амбулаторних умовах та вдома мають місце труднощі з доступністю паліативних пацієнтів до адекватного знеболення, особливо із застосуванням опіоїдних анальгетиків;
- не забезпечені належною доступною та ефективною ПХД діти, які мають інкурабельні захворювання;
- медичні працівники часто не знають або слабо орієнтуються в питаннях стосовно ПХД, методів і можливості її надання в амбулаторних умовах та вдома, застосування опіоїдних анальгетиків для забезпечення адекватного знеболення паліативних пацієнтів, які лікуються вдома;
- 25-30 паліативних ліжок, що розгорнуті в більшості регіонів, не можуть забезпечити потреб у ПХД інкурабельних пацієнтів, які проживають в області або у великому місті. Це зумовлює черги на госпіталізацію в стаціонарні заклади ПХД від кількох днів до декількох тижнів. Інколи пацієнти помирають вдома, не дочекавшись госпіталізації у заклад ПХД.

Аналіз ситуації щодо надання ПХД населенню м. Дніпра засвідчив деякі регіональні особливості та умови, зокрема:

- відсутність стаціонарних закладів і виїзних бригад ПХД, що підпорядковані міській раді;
- значна потреба в наданні ПХД пацієнтам вдома та необхідність розробки та забезпечення механізму співпраці лікарів первинної медичної допомоги, що фінансується з міського бюджету, і стаціонарних закладів охорони здоров'я, зокрема міської лікарні № 15, де розгорнуто відділення паліативної медицини, яка підпорядкована обласній раді;

- можливість співпраці та координації зусиль закладів первинної медичної допомоги та територіальних центрів соціального обслуговування населення щодо надання ПХД пацієнтам вдома;
- велика заінтересованість і прихильність міської влади та Департаменту охорони здоров'я населення Дніпровської міської ради до питань розробки та впровадження сучасної доступної, ефективної та безпечної служби ПХД населенню м. Дніпра.

У зв'язку з вищезазначеним при Департаменті охорони здоров'я населення Дніпровської міської ради створено робочу групу із залученням експертів та фахівців кафедри паліативної та хоспісної медицини НМАПО імені П. Л. Шупика та ГО «Всеукраїнська Рада захисту прав та безпеки пацієнтів» для наукового обґрунтування та розробки програми Дніпровської міської ради «Паліативна допомога населенню м. Дніпра».

Формування системи надання паліативної та хоспісної допомоги у Дніпропетровській області

Царенко А. В., Криничний Ю. В., Лугова О. В., Григорук О. П.

Поняття «паліативна допомога» як система медичних, соціальних і психологічних заходів, покликаних забезпечити максимально досяжну якість життя невиліковно хворих, ВООЗ визначила у 1982 році. Відповідно до сучасних міжнародних підходів і концепцій паліативна та хоспісна допомога (ПХД) має бути невід'ємною інтегрованою складовою охорони здоров'я та соціальної опіки населення. Декларація ВООЗ (1990), Барселонська декларація (1996), рекомендації та резолюції Всесвітньої Асамблеї охорони здоров'я, Ради Європи, Європейської Асоціації Паліативної Допомоги (ЕАРС) закликають усі держави світу включити ПХД у структуру національних систем охорони здоров'я. Зважаючи на сучасну світову концепцію ПХД, особливої актуальності набувають пошуки оптимальних форм надання ПХД, забезпечення її якості та доступності для населення. Тому ВООЗ, Рада Європи і ЕАРС визначають, що в кожній країні мають бути створені відповідні служби ПХД для задоволення медичних, соціальних і психологічних потреб невиліковних хворих з обмеженим прогнозом тривалості життя та їх родин.

ПХД забезпечує якісне, гідне та повноцінне життя пацієнта до останнього подиху та систему соціальної та психологічної підтримки членів сім'ї під час хвороби їхніх близьких та в період скорботи. Традиційно ПХД надають переважно онкологічним хворим, проте відповідно до сучасних міжнародних підходів і концепцій її необхідно поширювати на більше коло пацієнтів з іншими тяжкими інкурабельними захворюваннями й активніше впровад-

жувати у практику служб охорони здоров'я та соціального захисту населення. За бажанням паліативних пацієнтів (ПП) і членів їх родини ПХД можна одержувати амбулаторно, у т. ч. вдома, або в стаціонарних закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) будь-якої форми власності. При цьому можуть застосовуватися різні організаційні форми надання ПХД, зокрема амбулаторні – консультативні кабінети / кабінети контролю болю, денні стаціонари / денні хоспіси, виїзні мультидисциплінарні бригади ПХД вдома, залучення медичних працівників ПМСД і соціальних працівників до надання ПХД вдома, а також стаціонарні, зокрема спеціалізовані заклади ПХД – хоспіси, центри ПХД, паліативні або хоспісні відділення в ЗОЗ або в закладах системи соціального захисту, лікарні / відділення сестринського догляду тощо.

В Україні завдяки небайдужим людям, для яких слово «милосердя» є сенсом життя, з кінця ХХ століття тема ПХД почала звучати не лише на прес-конференціях до Всесвітнього дня паліативної допомоги, а й на рівні високопосадовців і політиків, від яких залежить доля хворих. Підсумками багаторічних зусиль стало прийняття 07.07.2011 змін до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», зокрема включення статті 35-4 «Паліативна допомога», яка гарантує «на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнта, а також надання психосоціальної і моральної підтримки його сім'ї. Паліативна допомога надається безоплатно...».

Створення мережі ЗОЗ для надання ПХД населенню Дніпропетровської області здійснюється відповідно до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», наказу МОЗ України від 21.01.2013 № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні», наказу МОЗ України від 07.11.2011 № 768 «Примірні штатні нормативи закладів охорони здоров'я «Хоспіс» (на сьогодні втратив чинність), статті 64 Господарського кодексу України, спільного наказу Мінсоцполітики та МОЗ України від 23.05.2014 № 317/353 «Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів при наданні соціальних послуг паліативного догляду вдома невиліковно хворим», наказу Мінсоцполітики України від 29.01.2016 № 58 «Про затвердження Державного стандарту паліативного догляду» та інших.

Згідно з пунктом 3.8 зазначеного вище наказу МОЗ України № 41, загальною паліативною допомогою надається вдома та в ЗОЗ, які надають первинну медичну допомогу, що відповідає вимогам наказу МОЗ України від 04.11.2011 № 755 «Про затвердження Положення про центр та амбулаторію первинної медико-санітарної допомоги та положень про його підрозділи», де одним із завдань є «надання паліативної допомоги пацієнтам на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань, у т. ч. виконання знеболювальних заходів із використанням наркотичних речовин».

У разі погіршення стану ПП, наявності ускладнень прогресуючого захворювання, що не дає можливості забезпечити адекватне надання ПХД вдома, навіть при організації мультидисциплінарної та міжсекторальної співпраці медичних працівників, працівників служби соціального захисту та представників громадських організацій, сімейний лікар / дільничний терапевт для забезпечення цілодобового догляду та ПХД направляє ПП на стаціонарне лікування до ЗОЗ ПХД, за умови попереднього погодження дати госпіталізації.

Спеціалізована ПХД також може надаватися мультидисциплінарними командами/бригадами, до складу яких входять лікарі та середні медичні працівники, які отримали спеціальну підготовку з паліативної медицини, соціальні працівники та психологи (також після відповідного навчання), священнослужителі та волонтери (за бажанням ПП), родичі або опікуни ПП.

Станом на 01.05.2017 у 9 ЗОЗ Дніпропетровської області функціонують 120 ліжок для надання ПХД. Упродовж 2 років кількість паліативних ліжок і ЗОЗ, у яких надають стаціонарну ПХД, збільшилася вдвічі. У 53 центрах ПМСД області організовано надання ПХД вдома. Усі центри ПМСД отримали ліцензії на здійснення діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та забезпечені автотранспортом.

На виконання розпоряджень ДООЗ Дніпропетровської ОДА від 25.07.2014 № 7500/0/29-14 та від 13.04.2016 № 3123/0/29-16 «Про відкриття відділення паліативної та хоспісної допомоги» з 01.10.2014 за рахунок перепрофілювання 5 ліжок терапевтичного профілю, а з 04.05.2016 – ще 5 ліжок на базі терапевтичного відділення КЗ «Дніпропетровська міська лікарня № 15 ДОР» було відкрито відділення ПХД на 10 ліжок. Наказами по лікарні від 15.08.2014 № 157 та від 04.05.2016 № 116 було затверджено Положення про відділення ПХД, штатний розпис, примірний табель матеріально-технічного оснащення, посадові інструкції працівників відділення. Заведена первинно-облікова документація та форми звітності відповідно до вимог чинного законодавства.

У закладах охорони здоров'я м. Дніпра та області, що надають ПХД, визначені заходи з контролю болю та розроблені локальні клінічні протоколи на основі Уніфікованого клінічного протоколу паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі, затвердженого наказом МОЗ України від 25.04.2012 № 311.

З метою вдосконалення організації надання ПХД у сфері ДООЗ ОДА разом з депутатами обласної ради ініційовано створення КЗ «Обласний центр паліативної та хоспісної допомоги ДОР» на 46 ліжок як лікувального та організаційно-методичного закладу обласного рівня з урахуванням створення відповідних умов перебування ПП. Рішенням сесії Дніпропетровської обласної ради 7-го скликання від 02.12.2016 № 116-7/VII передбачено виділити з бюджету 5 млн гривень на реконструкцію будівель КЗ «Обласний центр

паліативної та хоспісної допомоги». Наразі підготовлено та затверджено медичне завдання, проводиться підготовка проектної документації.

З вересня 2015 р. підтримку лікарям ЗОЗ області надають викладачі кафедри паліативної та хоспісної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика шляхом проведення виїзних циклів тематичного вдосконалення з ПХД та організації клінічної та методичної бази. На сьогодні 119 лікарів і керівників ЗОЗ області завершили навчання на цих курсах.

За угодою з ОКЗ «Центр післядипломної освіти молодших спеціалістів з медичною та фармацевтичною освітою» до навчальних програм первинної спеціалізації та підвищення кваліфікації включено тижневий цикл з питань надання ПХД. Щорічно понад 1,5 тис. медичних сестер проходять підготовку з актуальних питань надання ПХД населенню.

Усе вищезазначене дає можливість констатувати, що в Дніпропетровській області розпочалося формування системи надання ПХД на засадах оптимальної організації мультидисциплінарної та міжсекторальної координації та співпраці, кінцевою метою яких є наближення ПХД до ПП, досягнення максимально можливої якості життя цієї категорії населення. Досягнення цієї мети можливе лише завдяки спільній роботі медичних і соціальних працівників, громадських організацій і самих пацієнтів.

Обоснованная практика профилактики инфекций и инфекционного контроля

Сердюк В. Г.

В 2016 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) опубликовала руководящие принципы основных компонентов программ профилактики инфекции и инфекционного контроля (ПИИК – IPC) для национального (регионального) уровня и учреждений медико-санитарной помощи.

В своей публикации ВОЗ утверждает, что указанные руководящие принципы применимы при адаптации в каждой стране и в любом медицинском учреждении, с учетом имеющихся ресурсов и потребностей общественного здравоохранения.

Следует отметить, что в отличие от издания ВОЗ 2009 года «Основные компоненты для программ профилактики инфекций и инфекционного контроля», которые в большей части остаются актуальными, в новых руководящих принципах изменена структура компонентов, появились новые, а главное, что впервые предлагаются основанные на фактах рекомендации и заявления хорошей практики (Good Practice Statements (GPS). Декларируется приверженность ВОЗ обоснованной фактами медицинской помощи, здравоохранению (Evidence-based health care (EBHC).

Структура основных компонентов программ ПИИК для национального (регионального) уровня представлена 6 компонентами:

1. Программа профилактики инфекций и инфекционного контроля (ПИИК) (IPC program), где предусматривается управление программой ПИИК обученной командой с выделенным бюджетом и с функциями, нацеленными на обеспечение работы программ ПИИК в медицинских учреждениях.

Кроме того, и другие функции, имеющие значение как для региона, так и для каждого учреждения: разработка рекомендаций для процессов и методов ПИИК; мониторинг и оценка выполнения задач и мероприятий программ; обеспечения связи с другими региональными программами, общественными и профессиональными организациями, с заинтересованными сторонами инфекционной безопасности.

2. Руководящие принципы на основе фактических данных (IPC guidelines), предусматривающие внедрение, и реализация руководящих принципов ВОЗ с целью снижения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП – Healthcare associated infection (HAI)) и антибиотикорезистентности.

3. Образование и обучение (Education & training), где определяются стандарты компетентности персонала медицинских учреждений, руководство и поддержка их обучения, оценка программ обучения.

4. Наблюдение (Surveillance) предусматривает, в частности, координацию, сбор и сравнение данных об ИПМД и антибиотикорезистентности, о выполнении программ ПИИК в регионе, с уведомлением заинтересованных сторон.

5. Мультимодальная (смешанная) стратегия (Multimodal Strategies) – приоритетное направление в решении проблем с инфекционной безопасностью, вариант системного подхода, позволяющего определять и через доказательные вмешательства эффективно влиять на поведение, эмоции, ощущения, представления, познание и межличностные отношения заинтересованных лиц инфекционной безопасности.

6. Мониторинг, аудит и обратная связь (Monitoring, audit & feedback) позволит оценить степень соответствия мероприятий программ ПИИК стандартам и их выполнения в соответствии с целями и задачами, а также рассматривает контроль гигиены рук, с обратной связью, как ключевой показатель эффективности.

В дополнение к компонентам программ национального (регионального) уровня в руководящих принципах ВОЗ два компонента для программ ПИИК медицинских учреждений:

7. Нагрузки, штатное расписание и койки (Workload, staffing and bed occupancy), где, в частности, рекомендуется для уменьшения риска ИСМП и распространения антибиотикорезистентности соблюдение нормативов площадей на койку, численность персонала медработников соответственно рабочей нагрузке.

8. Окружающая среда, материалы и оборудование для программ ПИИК на уровне учреждения (Built environment, materials and equipment for IPC at the facility level), где определяются требования к гигиене окружающей среды, что облегчает практику профилактики ИСМП и антибиотикорезистентности.

Таким образом, Всемирная организация здравоохранения впервые предложила инструмент профилактики инфекций и инфекционного контроля, основанный на фактах как для национальных (региональных) программ, так и для отдельных учреждений здравоохранения.

Новые по сравнению с 2009 годом основные компоненты программ профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, позволяют разработать такие программы на всех уровнях, естественно, начиная с национального, на основе сильных рекомендаций и хорошей практики, что приблизит решение проблемы инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, что происходит сегодня в г. Днепре, где разрабатывается городская программа инфекционной безопасности с использованием руководящих принципов ВОЗ.

Литература

1. Основные компоненты для программ профилактики инфекций и инфекционного контроля. Женева, Швейцария, 26–27 июня 2008 г. – URL: http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_HSE_EPR_2009_1/ru/index.html
2. Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level. Geneva: World Health Organization; 2016. – URL: <http://www.who.int/entity/gpsc/ipc-components-guidelines/en/index.html>
3. Storr J, et al. Core components for effective infection prevention and control programmes: new WHO evidence-based recommendations. Antimicrobial Resistance & Infection Control. 2017. – URL: <https://aricjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13756-016-0149-9>
4. Wieringa S, et al. Has evidence-based medicine ever been modern? A Latour-inspired understanding of a changing EBM. J Eval Clin Pract. 2017. – URL: <https://doi.org/10.1111/jep.12752>

Особливості надання паліативної допомоги хворим на туберкульоз з точки зору безпеки пацієнтів та персоналу

Царенко А. В., Кожан Н. Є., Бондарчук А. М.

Про глобальну актуальність проблеми паліативної допомоги (ПД) населенню свідчить її розгляд у 2014 р. та прийняття Резолюції на 67-й сесії Світової Асамблеї Охорони Здоров'я «Зміцнення паліативної медичної допомоги як одного з компонентів комплексного лікування впродовж усього

життєвого циклу». За результатами дослідження стану ПД у 234 країнах, тільки у 20 з них цей вид допомоги належним чином інтегровано в системи охорони здоров'я, у 42 % випадків ПД відсутня, а у 32 % випадків доступ до ПД забезпечено лише невеликій частині населення. Біля 80 % населення у світі не мають належного доступу до лікарських засобів, необхідних для надання ПД (ВООЗ, 2014).

Сьогодні створення та розвиток доступної та ефективної системи паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) населенню в Україні є одним з найбільш пріоритетних медико-соціальних і гуманітарних завдань уряду та суспільства, що зумовлено збільшенням кількості паліативних пацієнтів – хворих з інкурабельними прогресуючими захворюваннями та обмеженим прогнозом тривалості життя (Ю. В. Вороненко і співавт., 2012–2014; Ю. І. Губський і співавт., 2012–2016; МОЗ України, 2016; А. В. Царенко і співавт., 2010–2016). Особливостями сучасної медико-демографічної ситуації в Україні є швидке старіння населення, високий рівень захворюваності та смертності від злоякісних новоутворень і тяжких ускладнень хронічних неінфекційних захворювань, значне поширення захворювань на ВІЛ-інфекцію/СНІД, туберкульоз (особливо з множинною і розширеною резистентністю), вірусні гепатити «В» і «С», наслідки аварії на Чорнобильській АЕС та військових дій у Донецькій і Луганській областях тощо, що надзвичайно актуалізують проблему становлення та розвитку доступної та ефективної системи ПХД (Ю. В. Вороненко і співавт., 2012–2014; Ю. І. Губський і співавт., 2012–2016; В. М. Князевич і співавт., 2014–2016; А. В. Царенко і співавт., 2010–2016; Держкомстат України, 2015, 2016; МОЗ України, 2015, 2016).

Зростання захворюваності на туберкульоз (ТБ) в Європейському регіоні на тлі епідемії ВІЛ-інфекції висунуло нові виклики для медичної галузі стосовно організації надання ПД хворим на ТБ та ко-інфекцію ТБ/ВІЛ. Рекомендації щодо ПД хворим на ТБ знайшли відображення в Плані дій по боротьбі з ТБ для Європейського регіону на 2016–2020 рр., який було розроблено з метою визначення заходів щодо реалізації Глобальної стратегії «Покласти кінець туберкульозу». Цей план дій узгоджений з положеннями політики Здоров'я–2020 та іншими стратегіями у сфері охорони здоров'я (ВООЗ, 2015).

До переліку заходів, які можуть сприяти розширенню та зміцненню системи надання ПД на рівні держав, належать:

- розробка та здійснення на національному рівні заходів, спрямованих на включення ПД у процес безперервного надання медичних послуг пацієнтам з інкурабельними захворюваннями на всіх рівнях системи охорони здоров'я з особливим акцентом на службах первинної медико-санітарної допомоги, на рівні місцевих громад та вдома;
- посилення інформаційно-просвітницької роботи з населенням;

- забезпечення та моніторинг виконання рекомендацій Плану дій по боротьбі з ТБ для Європейського регіону на 2016–2020 рр. та включення положень вказаного плану до національних програм щодо забезпечення загального охоплення медико-санітарним обслуговуванням та наявності основних лікарських засобів;

- включення в навчальні програми вищих навчальних закладів питань щодо надання ПД відповідно до посадових обов'язків медичних працівників;

- забезпечення належного доступу до ефективних лікарських засобів;

- забезпечення надання всіх складових ПД (медичної, психологічної, соціальної допомоги та духовної підтримки пацієнтів і членів їх сімей);

- зміцнення ПД як одного з компонентів комплексного лікування впродовж життєвого циклу;

- розробка настанов і рекомендацій стосовно етичних аспектів ПД;

- партнерська взаємодія, співпраця та координація з іншими секторами, що надають ПД, включаючи розробку рентабельних (оптимальних) моделей надання такого виду послуг (ВООЗ, 2014).

Ураховуючи несприятливу ситуацію з ТБ в Європейському регіоні, у рекомендаціях Регіонального бюро ВООЗ (2015) передбачено, що держави – члени Європейського Союзу повинні забезпечити доступність до ПД для всіх хворих на ТБ, приділяючи першочергову увагу пацієнтам зі слабкими шансами навилікування. Необхідно також розробити та затвердити спеціальні протоколи для оцінки стану та надання ПД хворим на резистентні форми ТБ, лікування яких є безуспішним. У співробітництві з партнерами Регіональне бюро ВООЗ планує надавати технічну допомогу з розробки та реалізації програм ПД в кінці життя для пацієнтів з резистентними формами ТБ.

За даними МОЗ України, за останній рік в Україні захворюваність на ТБ зросла на 8 %. У 2015 р. рівень захворюваності становив 70,5 осіб на 100 тис. населення. Утім, за розрахунковими даними, реальна кількість хворих на ТБ становить 90 осіб на 100 тис. населення. При цьому продовжується зростання кількості хворих на ВІЛ/ТБ: у 2015 р. цей показник сягав 13 осіб на 100 тис. населення за статистичними даними і 20 на 100 тис. населення за розрахунками міжнародних і громадських організацій. 75 % тих, хто вперше захворів на ТБ, – представники незахищених верств населення: 58,4 % – безробітні особи працездатного віку, 5 % – особи без постійного місця проживання, 1 % – особи, які повернулися з місць позбавлення волі. Серед уперше зареєстрованих хворих на ТБ 12,1 % становили хворі, які зловживають алкоголем, і 7 % – споживачі ін'єкційних наркотиків. Останніми роками в Україні невпинно зростає захворюваність на мультирезистентні форми ТБ (МРТБ). З 2009 по 2015 рр. кількість виявлених хворих з МРТБ зросла більше ніж удвічі: з 3482 до 8440 осіб. У 2014 р. Україна увійшла до п'ятірки країн з найбільшим тягарем МРТБ (МОЗ України, 2016).

За результатами першого національного епідеміологічного дослідження щодо хіміорезистентного ТБ, рівень МРТБ в Україні серед хворих, яким уперше в житті встановлено діагноз ТБ, становить 24,3 %, серед хворих з повторними випадками ТБ – більше ніж удвічі вище – 58,2 % (МОЗ України, 2016). Таким чином, велика кількість хворих на МРТБ та ко-інфекцію ВІЛ/ТБ у подальшому будуть потребувати ПД.

Розвиток ПД хворим на ТБ передбачено в Законі України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки», у наказі МОЗ України від 11 червня 2010 р. № 483 «Про затвердження Примірного положення про лікарню «Хоспіс» (відділення, палату паліативного лікування) для хворих на туберкульоз».

Аналіз стану надання ПД хворим на ТБ свідчить, що на сьогодні її організація є незадовільною. Основними причинами є:

- недосконала нормативно-правова база, що регулює надання ПД хворим на ТБ та ко-інфекцію ВІЛ/ТБ;
- відсутність у керівників регіонального рівня політичної волі щодо створення хоспісів та паліативних відділень для надання ПД хворим з інкурабельними формами МРТБ та ВІЛ/ТБ з урахуванням сучасних вимог інфекційного контролю;
- відсутність науково та економічно обґрунтованої оптимальної моделі надання ПД хворим на ТБ та ко-інфекцію ВІЛ/ТБ на різних рівнях медичної допомоги;
- відсутність міжвідомчої та міжсекторальної координації закладів охорони здоров'я та соціального захисту населення як на національному, так і на регіональному рівнях;
- низький рівень знань медичних працівників щодо надання інтегрованої ПД, у тому числі й у первинній медико-санітарній ланці, хворим на ТБ та ко-інфекцію ВІЛ/ТБ;
- відсутність у регіональних програмах з протидії ТБ заходів щодо ПД хворим на ТБ та ко-інфекцію ВІЛ/ТБ;
- недостатнє фінансування заходів з ПД хворим на ТБ та ко-інфекцію ВІЛ/ТБ з місцевих бюджетів.

Особливу увагу при створенні закладів ПХД для хворих на ТБ та ко-інфекцію ВІЛ/ТБ слід приділяти дотриманню вимог інфекційного контролю для попередження нозокоміального поширення мікобактерій ТБ та забезпеченню безпеки персоналу.

СЕКЦІЙНЕ ЗАСІДАННЯ: «БЕЗПЕРЕРВНА МЕДИЧНА ОСВІТА ТА ПИТАННЯ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ. ЛЮДСЬКИЙ ЧИННИК ТА КУЛЬТУРА БЕЗПЕКИ»

**Зарубіжний досвід підготовки фахівців
з питань безпеки пацієнтів:
уроки для вітчизняної медичної освіти**

Науменко О. М., Антоненко Л. П., Риган М. М.

Відомі всім поколінням лікарів вислови «*primum non nocere*» (дослівно: перш за все не нашкодь) і «*errare humanum est*» (дослівно: людині властиво помилятися) свідчать про давність проблеми помилок медичного персоналу.

Але масштаб проблеми помилок та її наслідки були усвідомлені лише наприкінці двадцятого сторіччя. У відомому звіті Американського інституту медицини «Людині властиво помилятися: розбудова більш безпечної охорони здоров'я» (L. T. Kohn et al., 2000) доведено, що в США щорічно від помилок при наданні медичної допомоги помирає близько 100 тис. пацієнтів. Останні ж публікації в авторитетних медичних виданнях (M. A. Makary et. al., 2016) медичні помилки виводить на третє місце після серцево-судинних і онкологічних захворювань за причинами смерті в США.

Міжнародний, регіональний досвід і досвід окремих країн, у тому числі і в Україні, щодо попередження дефектів надання медичної допомоги нами було узагальнено в попередніх публікаціях (2013, 2015, 2016), і на ньому ми зупинялись не будемо.

Мета нашого дослідження полягає в аналізі зарубіжного досвіду формування навчальних планів і підготовки медичних фахівців з безпеки пацієнтів і попереднього аналізу ситуації в цій сфері в Україні.

Матеріал і методи дослідження. Матеріалом дослідження слугували документи ВООЗ і наукові публікації вітчизняних і зарубіжних фахівців з освітніх аспектів безпеки пацієнтів, навчальні плани з підготовки медичних фахівців щодо безпеки пацієнтів.

Методи дослідження: аналітичний, бібліографічний, історичний, системного підходу.

Обговорення результатів дослідження. Відразу ж після ідентифікації проблеми помилок при наданні медичної допомоги як глобального виклику всім системам охорони здоров'я розпочалася велика робота з покращення безпеки пацієнтів. Не залишилася поза увагою в цьому аспекті й система підготовки медичних фахівців. Уже в 2001 році в окремих країнах були прийняті

заяви про політику у сфері безперервної медичної освіти, де приділялась увага питанням безпеки пацієнтів. У своїй доповіді «Покращення безпеки пацієнтів у Європейському Союзі» (2008) Європейська Комісія вже настійливо пропонує країнам-членам організувати навчання всіх працівників, у т. ч. й менеджерів охорони здоров'я з питань безпеки пацієнтів. Це ж повторюється в рекомендаціях Ради ЄС щодо безпеки пацієнтів, включаючи попередження та контроль за інфекціями, асоційованими з наданням медичної допомоги, від 2009 року.

Першопочаткові ініціативи окремих університетів із запровадження навчання медичних працівників теорії та практиці безпечної діяльності узагальнюються й пропонуються уніфіковані навчальні плани викладання безпеки пацієнтів.

Робочою групою британських фахівців проаналізовано досвід запровадження професійних навчальних програм з безпеки пацієнтів у системі охорони здоров'я в британських університетах (2009). У цьому звіті зазначено таке: безпека пацієнтів у навчальних програмах більшою мірою неявна, ніж явна; є проблема готовності викладацького складу та персоналу клінічних баз у справі підготовки студентів з безпеки пацієнтів; недосконалість критеріїв оцінки підготовленості медичних фахівців з провадження безпечної медичної практики.

Цього ж року фахівцями з Німеччини було створено Концепцію розробки навчальних програм на 3-х рівнях. Перший крок у Концепції полягає в тому, щоб створити готовність розглядати та обговорювати загрози для безпеки пацієнтів. Цільова група – студенти, тривалість програми – 4 години. Другий (лікарі – 16 годин) і третій етапи – вивчення стратегій здійснення заходів і форм попередження помилок з використанням інструментів, які дозволяють виявляти потенційні джерела помилок та ефективно працювати над їх усуненням. Цільовою групою на другому етапі є лікарі, тривалість програми – 16 годин, а на третьому етапі – вузькі фахівці та лікарі на керівних посадах з 20-годинною програмою.

Заслугує на увагу Загальне керівництво з освіти і професійної підготовки в області безпеки пацієнтів (2010), підготовлене Мережею європейського союзу з якості і безпеки медичної допомоги (EUNetPaS).

У 2013 році Робоча група ЄС з безпеки пацієнтів і якості медичної допомоги (PSQCWG) виступила з ініціативою розробити рекомендації з навчання та підготовки кадрів у сфері безпеки пацієнтів. Для цього були проаналізовані навчальні програми, плани, курси, тренінги, семінари, що проводяться в країнах – членах ЄС для підготовки медичних фахівців з безпеки пацієнтів. І в 2014 році фахівці отримали можливість ознайомитися з цим досвідом (http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docs/guidelines_psqcwg_education_training_en.pdf).

Питання освіти з безпеки пацієнтів моніторуються ВООЗ та її Європейським бюро. Належна увага питанням освіти приділена вже в Керівництві ВООЗ з розробки стратегій з якості і безпеки у системах охорони здоров'я (2008). У 2009 році виходить Керівництво ВООЗ щодо навчального плану з безпеки пацієнтів для медичних шкіл, а в 2011 – Керівництво ВООЗ щодо підготовки навчального плану з безпеки пацієнтів: мультипрофесійне видання, а ще через рік – Керівництво з удосконалення навчальних програм з безпеки пацієнтів. Питання безпеки пацієнтів на рівні первинної медичної допомоги вивчено значно менше, ніж у стаціонарах. Однак і в цій сфері ВООЗ пропонує підходи до навчання лікарів первинної ланки з безпеки пацієнтів (2016).

Цінність цих документів, серед іншого, полягає ще й у тому, що в них пропонуються підходи до інтеграції питань безпеки і в без того переповнені навчальні програми, а також надаються навчальні матеріали як для студентів і лікарів, так і для професорсько-викладацького складу, пропонуються методичні підходи для покращення засвоєння навчального матеріалу, практичних навичок і формування в медичних працівників культури безпеки в цілому.

У вітчизняній освітянській медичній практиці акцент ставиться на правові аспекти безпеки пацієнтів, що сприяє скоріше оборонній практиці, ніж позитивній поведінці медичного персоналу.

Висновок. Проблема підготовки медичних фахівців з питань безпеки пацієнтів є надзвичайно актуальною, і досвід окремих регіонів і країн необхідно адаптувати у вітчизняну систему медичної освіти.

О культуре безопасности в авиации, ядерной энергетике и медицине (аспекты образовательной политики)

Барбашев С. В.

Обсуждение вопросов методологии и технологии обучения специалистов для разных отраслей не может быть полным без анализа главных приоритетов, ради которых эта подготовка осуществляется. Среди таких приоритетов ведущим является безопасность.

Особенно это касается сфер деятельности, где высокий уровень потенциальных угроз – будь то из-за природных факторов, как в мореплавании, или из-за действия техногенных факторов опасности, свойственных, например, ядерной энергетике и авиации, или из-за непосредственного вторжения в человеческий организм, как в медицине.

Причиной многих аварий, катастроф, чрезвычайных происшествий, загрязнения окружающей среды являются ошибки, допущенные персоналом,

т. е. человеческий фактор, который во многих случаях является превалирующим.

Поэтому в последние годы специалисты, занятые потенциально опасным трудом, все больше осознают необходимость внедрения в практическую деятельность идеологии и процедур, обеспечивающих безопасность человека и окружающей его среды, при воздействии на них не только технических факторов, но и учитывающих возможность человека ошибаться при выполнении им профессиональной работы. В связи с этим была предложена своего рода единая «философия безопасности», которая включает в себя концепцию «культуры безопасности» как её главную составляющую, раскрывающую роль человеческого фактора в обеспечении безопасности. Среди тех, кто сегодня является идейными лидерами этого направления, – психологи, инженеры и организаторы производственных процессов. К сожалению, это движение во всемирном масштабе возглавила не медицина, а **авиация и ядерная энергетика** – возможно, из-за того, что угроза жизни людей здесь носит массовый характер.

В докладе приводится история появления понятия «культура безопасности» в авиации, ядерной энергетике и медицине, а также даны соответствующие определения.

Рассмотрены вопросы образования в области безопасности. Сформулирована цель образования в области безопасности, которая заключается в формировании мировоззрения, **воспитании культуры безопасности** и приобретении человеком знаний, умений, навыков, компетенций, необходимых для безопасной жизни и деятельности в окружающей человека среде и для создания безопасной и комфортной для человека техносферы.

Описана предметная область, обеспечивающая достижение поставленной цели, даны центральные понятия предметной области (опасность, риск, безопасность) и их определения, приведен круг объектов изучения.

Подчеркивается, что формирование риск-ориентированного мировоззрения и приобретение человеком соответствующих компетенций может являться кардинальным способом повышения безопасности и культуры безопасности.

Проанализирована образовательная политика в области культуры безопасности в ядерной энергетике России, Украины и Беларуси.

Подчеркивается, что подходы к определению направлений обучения в ВУЗе будущих атомщиков культуре безопасности следует определять в соответствии:

- с общими подходами к соблюдению принципов культуры безопасности при эксплуатации АЭС, которое должно быть сформировано у персонала,
- с политикой отрасли в области безопасности,
- с особенностями, в которых проходит процесс обучения будущих атомщиков в конкретном ВУЗе.

Основным итогом работы ВУЗа по формированию культуры безопасности у студентов должно быть **формирование конкретных компетенций**, которые необходимо иметь персоналу АЭС в сфере культуры безопасности, описывающих деятельность технических специалистов и демонстрирующих уровень их приверженности культуре безопасности.

На основании анализа изложенного в докладе материала сделаны практические предложения для атомщиков и медиков. В частности, медикам предлагается:

1. Планируя и организуя профессиональное обучение, необходимо рассматривать безопасность пациента и врача как главные целевые приоритеты.

2. Методическая сторона обучения должна предусматривать жесткие и выполнимые на практике алгоритмы действий, предполагающие неизбежность ошибок человека, акцентирующие внимание на их источниках и сводящие к минимуму их последствия.

3. В каждом лечебном учреждении в отдельности и в профессиональном сообществе в целом необходимо системное формирование «культуры безопасности», предполагающей анализ и оптимизацию не только тех или иных процедур, но также экономических, эргономических, административных и психолого-педагогических аспектов медицинской деятельности.

4. Для повышения уровня культуры безопасности в медицинских учреждениях необходимо включить в учебные планы вузов, готовящих медицинские кадры, дисциплину «Культура безопасности в медицине».

5. Комплексная разработка вопросов безопасности пациента и врача в медицине, в том числе и в аспекте обучения, может получить существенный импульс в результате заимствования детально разработанных и давно апробированных практикой подходов, принятых в гражданской авиации и ядерной энергетике.

Проблема медичних помилок в онкології стосується лікарів усіх спеціальностей

Білинський Б. Т.

Поширеність злоякісних пухлин серед популяції та можливість ураження раком будь-якого органа зумовлюють відповідальність лікарів різних спеціальностей (стоматологів, дерматологів, інтерністів, хірургів, гінекологів чи проктологів). Як правило, злоякісні пухлини розпочинаються безсимптомно й пізніше клінічно демонструються загальними неспецифічними симптомами. Тому більшість пацієнтів зі злоякісними пухлинами первинно звертаються не до спеціалістів-онкологів, а до лікарів загальної практики (сімейних лікарів), на яких лежить відповідальність за своєчасну підозру пухлини

та направлення пацієнтів у відповідну установу. Повторюю, не діагностика, а підозріння пухлини, і не лікування, а адекватне направлення є обов'язком і функцією загальної медицини. Для виконання цього завдання кожен лікар, незалежно від фаху, повинен мати певний рівень знань з онкології та бути психологічно готовим зустріти хворого з пухлиною. Спеціаліст-онколог повинен провести адекватне обстеження хворого й вибрати оптимальне лікування згідно зі стандартами. Виконання такого алгоритму має забезпечити високий рівень вилікування раку та значне зниження смертності. На жаль, життєва практика показує, що рівень своєчасної діагностики в Україні відносно низький (50 %), що зумовлює й недостатню ефективність лікування (10-річне виживання по Україні для всіх локалізацій раку не вище 30 %).

Крім особливостей перебігу захворювання чи недостатньої уваги пацієнтів до свого здоров'я, багато залежить від медичних помилок, які можуть допускатися медичною службою на різних рівнях. Ця проблема є вузловою у викладанні медицини, зокрема онкології, вона ніколи не покидає лікарів. Корифей медицини М. М. Амосов у своїй популярній книжці «Думки і серце» ще в 1967 році писав «Помилки, помилки. Як навчатись лікувати без помилок». Відомий онколог, засновник першої кафедри онкології для студентів-медиків А. І. Гнатишак у своїх останніх роботах приділив багато уваги помилкам в онкологічній практиці. До цієї проблеми зверталися й відомі онкологи колишнього СРСР – Н. Н. Блохін, А. В. Мельніков та інші. Ще античні філософи твердили: *erga humanum est* (помилятися властиво людям). Ми намагалися підсумувати вказану проблему з погляду сьогодення, видавши у 2013 р. монографію «Медичні проблеми в онкології». Обговорюючи цю проблему, слід врахувати її багатоаспектність – юридичну, організаційну та медичну, яку варто розділити на діагностичну та лікувальну. Ця тема тісно пов'язана з психологічними та деонтологічними питаннями. У короткій статті неможливо зупинитися на всіх вказаних проблемах, вони неповно висвітлені і в нашій монографії, але я намагатимуся поставити деякі запитання, які учасникам конференції в Дніпрі варто взяти до уваги.

Що таке «медична помилка» і «службовий злочин»? Лікарською помилкою слід вважати добросовісну оману лікаря, яка базується на об'єктивних і суб'єктивних причинах. І вона, як така, підлягає колегіальному осмисленню, а не адміністративному чи карному переслідуванню. Службовий злочин передбачає свідому протиправну діяльність лікаря або бездіяльність медика під час виконання своїх професійних обов'язків. Це вже поле діяльності правоохоронних органів і судового розгляду. Лікарська помилка – це нерідко трагедія не лише пацієнта, але й медика, який його лікує. Це проблема, що заслуговує на увагу лікарської громади і часто вимагає захисту лікаря від агресивності засобів масової інформації чи надмірної адміністративної активності керівних медичних органів чи осіб.

Помилки слід вивчати, обговорювати й не приховувати, вони ідеальний матеріал для підвищення кваліфікації кожного чесного і вдумливого лікаря. Аналізуючи помилки лікарів, слід зосередити увагу на організаційних моментах – модулі функціонування первинної медичної ланки та спеціалізованої медицини в регіоні, чіткості поінформованості учасників діагностичного та лікувального процесу щодо їх прав і обов'язків. Регіони України різняться за рівнем забезпеченості лабораторіями, засобами променевої та ендоскопічної діагностики, можливостями застосування радіонуклідного обстеження хворих. Важливою обставиною є безперервне навчання лікарів, що зменшує кількість помилок на гносеологічному рівні. Для встановлення діагнозу лікар повинен бути спроможний вибрати мінімальний набір необхідних тестів для забезпечення діагностики. Неприпустимим є механічне призначення всіх можливих обстежень, потребу в яких іноді не може обґрунтувати колега, що їх призначив. Усі названі ситуації можуть стати джерелами помилок, і тому про них і про їх можливість слід пам'ятати. Провідним дослідженням в онкології залишається морфологічна верифікація діагнозу, яка також є по суті суб'єктивним дослідженням і вимагає високої кваліфікації морфолога. ТанDEM лікаря клініциста-онколога та морфолога є запорукою, але не гарантією уникнення діагностичних помилок. Відомий «експеримент» досвідченого онколога, який розіслав для дослідження визнаним авторитетам – морфологам декілька кусочків пухлини неясної будови. Він отримав різні, часом діаметрально протилежні відповіді. Отже, і морфологія – не «абсолют». Лікування злоякісних пухлин перманентно вдосконалюється, з'являються нові погляди, постійно змінюються стандарти лікування, а тому актуальним залишається обговорення проблем неоад'ювантної, ад'ювантної хіміотерапії, місця променевого лікування в комплексній терапії раку, обсягу хірургічної активності. На порядок дня стають нові принципи. Наприклад, донедавна метастатичний рак підлягав тільки медикаментозній або паліативній терапії. Сьогодні ми успішно оперуємо солітарні метастази раку товстої кишки до печінки. Не всі установи готові прийняти нові правила, тому в різних регіонах слова «помилка» і «золотий стандарт» можуть мати різне смислове навантаження. Кожен крок у здійсненні алгоритму лікування повинен мати пояснення: чому? Помилки в медицині – це, мабуть, вічна тема, лікарям слід про неї пам'ятати й періодично осмислювати свій клінічний досвід.

«Як навчитися лікувати без помилок?». Мабуть, ніхто й не відповість на це майже шекспірівське питання, поставлене зі слів відомого хірурга на початку цієї замітки.

Література

1. Амосов М. «Думки і серце». – Київ: Дніпро, 1967. – С. 53.
2. Адаптовані клінічні настанови європейського товариства медичної онкології та клінічні протоколи спеціалізованої допомоги хворим на злоякісні новоутворення / Інститут онкології АМН України. – Київ, 2007. – С. 98–112.

3. Білінський Б. Медичні помилки в онкології. – Львів: Афіша, 2013. – С. 327.
4. Білінський Б. Захист прав пацієнтів і лікарів в онкології. Проблеми та шляхи їх вирішення // Народне здоров'я.
5. Вайль В. Некоторые вопросы врачебной деонтологии. – Ленинград: Медицина, 1969. – С. 17.
6. Герич І. Етичний кодекс лікаря / Нова медична бібліотека. Галицька видавнича спілка. – Львів, 2008. – Вип. 5. – С. 22.
7. Гнатишак А. Особливості помилок в онкології: Лекції професора А. Гнатишака // Медична газета. – 1995. – № 29.
8. Головин Д. Ошибки и трудности гистологической диагностики опухолей. – Ленинград: Медицина, 1982. – С. 303.
9. Грицман Ю. Диагностические и тактические ошибки в онкологии. – Москва: Медгиз, 1981. – С. 170.
10. Онкологія. Нормативні, директивні, правові документи / Упорядник та головний редактор В. Заболотько. – Київ: НВЦ «Медінформ», 2007. – С. 540.
11. Рак в Україні 2014–2015. Бюлетень національного канцер-реєстру України. – Київ. – 2016. – № 17.
12. Cohen M.R., Anderson R.W., Atvilio R.M. Preventing medication errors in cancer chemotherapy / Am. J. Health Syst. Pharm. 1996. 53. – P. 737–746.
13. Deskin C. William, Robert E. Hoyer. Another look at medical error. Journal of surgical oncology. 2004. Vol. 88. P. 122–129.

Потенціал дисципліни «Мікробіологія, вірусологія та імунологія» у вихованні відповідального ставлення до безпеки пацієнтів

Крушинська Т. Ю.

Якісна підготовка лікарів у медичному ВНЗ – це не тільки засвоєння студентами системи знань, навичок і вмінь, а й системи поглядів і переконань, які є невід'ємною складовою професіоналізму, формують особистість майбутнього лікаря. Становлення як професійних, так і особистісних якостей завжди здійснюється через діяльність, тобто ті з них, що стосуються безпеки пацієнта, мають формуватися в основному в процесі роботи з пацієнтами, під час вивчення клінічних дисциплін на старших курсах. Проте викладання базових медико-біологічних дисциплін не може залишатись осторонь, бо розподіл навчального процесу на окремі навчальні предмети поєднується з безперервністю виховного процесу, який відбувається протягом усього перебування студентів у ВНЗ.

Згідно з планами підготовки магістрів медицини вивчення мікробіології відбувається на II–III курсах, заняття поводяться в навчальних аудиторіях або лабораторіях без будь-яких контактів з пацієнтами. Але зміст цієї навчальної дисципліни дозволяє привернути увагу до багатьох аспектів безпе-

ки пацієнтів, має в цьому сенсі значний виховний потенціал. Уже з першого практичного заняття, де вивчається режим роботи бактеріологічної лабораторії, студенти отримують поняття про правила поведінки з інфікованим, потенційно небезпечним матеріалом, про залежність їх власної безпеки від чіткого дотримання цих правил. Таке свідоме ставлення до власної безпеки потім поширюється й на безпеку пацієнтів. Тема «Мікробіологічні основи стерилізації та дезінфекції» розглядає роль дотримання асептичних умов при проведенні бактеріологічних досліджень, що має опосередковане відношення до проблеми безпеки пацієнтів (контамінація посівів сторонньою мікрофлорою призводить до некоректного діагнозу та неадекватного лікування), а також переконує студентів у необхідності та можливості створення безпечного в інфекційному плані середовища в медичному закладі.

Тема «Антибіотики» ознайомлює студентів з різноманіттям механізмів лікарської стійкості бактерій і сучасним розповсюдженням резистентних штамів, що є наслідком широкого, а часто й нераціонального застосування антибіотиків. Це спонукає студентів зробити висновок про необхідність проводити лабораторне визначення чутливості збудника до антимікробних препаратів перед призначенням пацієнтові певної антибактеріальної терапії або хоча б користуватися актуальними даними про антибіотикограми найбільш поширених збудників, циркуляцію резистентних штамів (особливо, якщо ці штами госпітальні), бо кожен виписаний рецепт на антибіотик впливає на еволюційні процеси в мікробних популяціях. На прикладі антибіотиків досягається розуміння таких принципових характеристик лікарського засобу, як ефективність і безпечність, коли навіть правильно підібраний антибіотик може викликати побічні ефекти, такі як дисбактеріоз чи ендотоксичний шок. Формується широта клінічного мислення: хоча антибіотики є препаратами вибору при інфекційних захворюваннях, не слід забувати про альтернативні засоби – бактеріофаги та пробіотики. Виховний ефект підсилюється тим, що при вивченні кожної групи патогенних мікроорганізмів ми повертаємося до питань використання антибіотиків.

Безпечність застосування лікарських засобів розглядається також у темі «Імунопрофілактика та імунотерапія». Вакцинація є найбільш ефективним засобом специфічної профілактики інфекційних хвороб і створення колективного імунітету, але відомі випадки, коли введення вакцини спричиняло серйозні ускладнення чи навіть смерть пацієнтів. Студенти усвідомлюють необхідність ґрунтовних знань про властивості вакцин та їх окремих компонентів, а також ретельного обстеження, особливо дітей, перед вакцинацією, неприпустимість використання живих вакцин для людей з імунodefіцитом, вагітних жінок і медичних працівників. На занятті студенти розв'язують ситуаційні задачі, присвячені потенційній небезпеці гетерологічних імунних сироваток і запобіжним заходам проти анафілактичного шоку. Таким чином,

вони засвоюють виважений підхід до застосування препаратів, що містять чужорідні білки та інші речовини з властивостями алергенів.

З проблемами безпеки пацієнтів найбільш тісно пов'язана тема «Клінічна мікробіологія». Саме тут студенти вперше дізнаються про існування внутрішньолікарняних інфекцій і госпітальних штамів мікроорганізмів. Навіть сухі статистичні дані, а тим більше відеофільми та презентації з цієї тематики, справляють на студентів велике емоційне враження, формують розуміння, що незалежно від майбутньої спеціалізації протидія госпітальним інфекціям і здійснення інфекційного контролю буде важливою частиною їх професійних обов'язків. Вивчення умовно патогенних мікроорганізмів і представників нормальної мікрофлори як причини ускладнень і вторинних інфекцій, полірезистентності госпітальних штамів, здатності бактерій формувати стійкі біоплівки на поверхні предметів медичного призначення, епідеміологічної ролі здорових мікробіоносіїв серед медичного персоналу демонструє студентам багатогранність проблеми створення безпечного для пацієнтів середовища у клініці. Особлива увага приділяється інфекціям, що передаються з кров'ю, таким як ВІЛ та вірусні гепатити В та С, методам перевірки крові на наявність цих збудників і надійним засобам дезінфекції та стерилізації медичних інструментів, що контактують з кров'ю пацієнта.

Вивчення мікробіології має широкі можливості для виховання майбутніх лікарів, зосереджених на безпеці пацієнта, які здатні визначати ризики при наданні медичної допомоги, розуміти, що в деяких випадках цих ризиків неможливо уникнути повністю, але можна мінімізувати, дотримуючись певних принципів, норм і правил; усвідомлюють свою високу відповідальність і необхідність суворого дотримання безпечних практик медичного втручання.

Культура безпеки у вітчизняних закладах охорони здоров'я

Скалецький Ю. М., Осьодло Г. В., Риган М. М., Котик Ю. Я.

Уперше про культуру безпеки згадується в звіті МАГАТЕ (1987), присвяченому причинам і наслідкам аварії на ЧАЕС. У 1991 році в серії видань МАГАТЕ з безпеки (№ 75-INSAG-4) вийшла робота під назвою «Культура безпеки», в якій це, на перший погляд, не дуже коректне словосполучення перетворилося на глобальний інструмент підвищення ядерної безпеки. За визначенням МАГАТЕ, «культура безпеки – це такий набір характеристик і особливостей діяльності організації та окремих осіб, який встановлює, що проблемам безпеки атомних електростанцій як таким, що мають найвищий пріоритет, приділяється увага, що визначається їх значимістю» (1991).

Дуже важливо, що культура безпеки прививається та підтримується для того, щоб стимулювати критичний підхід і прагнення до знань у сфері захисту і безпеки та виключити заспокоєність (МАГАТЕ, 1997).

Згодом про прихильність культурі безпеки заявили практично всі міжнародні організації, що мають відношення до безпеки в різних сферах, і крупні транснаціональні компанії.

У монографії Інституту медицини США «Подолання провалля якості» (2001) наголошується на можливості підвищення безпеки медичної допомоги лише через зміну культури професійної діяльності, що ставить на перше місце інтереси пацієнта, і відкрите обговорення помилок з метою їх виявлення та усунення їх причин (а не лише покарання людей, які вчинили помилки).

У медичній сфері не існує загальноприйнятого визначення культури безпеки, але це по суті середовище, в якому співробітники мають постійне та активне усвідомлення потенціалу помилок. Це також культура відкритості та справедливості, що спонукає людей відкрито говорити про помилки.

У посібнику «Сім кроків до безпеки пацієнтів» (2004) національного агентства з безпеки пацієнтів (NPSA) Великої Британії перше, з чого пропонується розпочати створення безпечного лікарняного середовища, – це запровадження культури безпеки. Ця ж ідея закладена в основу Люксембурзької декларації з безпеки пацієнтів ЄС (2005) і Рекомендацій Комітету Міністрів Ради Європи Rec (2006)7 про управління безпекою пацієнтів та запобігання інцидентам у сфері охорони здоров'я і в Рекомендаціях Ради (2009/C 151/01) щодо безпеки пацієнтів, включаючи попередження та контроль за інфекціями, асоційованими з наданням медичної допомоги.

У США починаючи з 2004 року і дещо пізніше в інших країнах проводиться опитування щодо стану культури безпеки в лікувальних закладах з виданням відповідних порівняльних звітів (AHRQ Publication No. 16-0021-EF, March 2016). Опитування персоналу проводиться за анкетною (AHRQ Publication № 04-0041 September 2004), яка складається із 42 запитань, розподілених в 9 розділах. Запитання мають позитивне та негативне формулювання. В аналіз культури безпеки лікувального середовища згідно з вибраною методикою включено 12 характеристик.

Мінімальне порогове значення середнього відсотка позитивних відповідей згідно з методикою дослідник вибирає самостійно. Нами вибрано мінімальне порогове значення – 50 %, тобто, якщо в середньому позитивних відповідей на питання певної характеристики більше 50 %, така характеристика є сильною стороною цього закладу охорони здоров'я (ЗОЗ), якщо менше 50 % – слабкою.

З метою оцінки стану культури безпеки в охороні здоров'я в Україні за такою анкетною здійснювалось опитування персоналу трьох закладів охорони здоров'я м. Києва та Київської області. Усього опитано 163 медичних

працівників, з них 76 – працівники відомчої клінічної лікарні (ВКЛ), 55 – міської клінічної лікарні (МКЛ) та 32 працівники – центральної районної лікарні (ЦРЛ). Окремо персонал ВКЛ аналізувався за хірургічною (ВКЛХ) і терапевтичною (ВКЛТ) спеціальностями.

Отримані дані (рис. 1), крім того, порівнювали з результатами опитування за аналогічною анкетною персоналу клінік США (AHRQ, 2016).

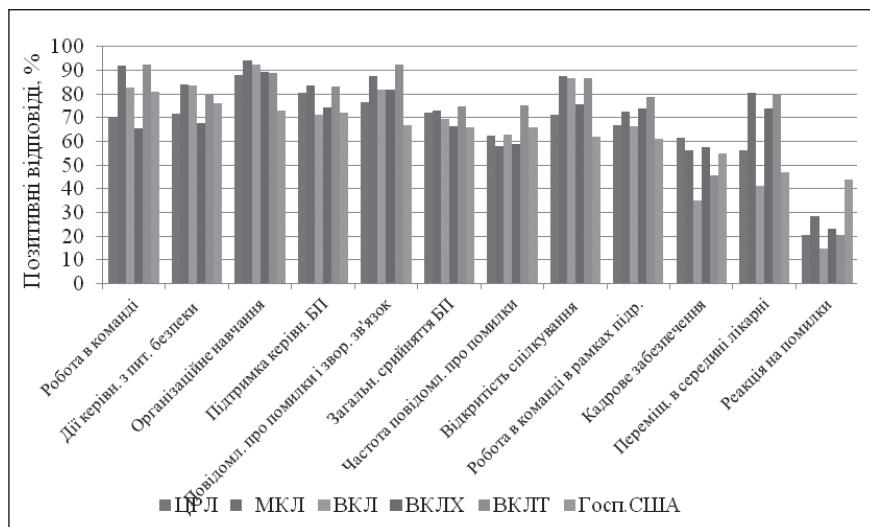


Рис. 1. Відсоток відповідей за окремими характеристиками культури безпеки в групах порівняння

Серед 12 характеристик культури безпеки найбільш значимі відмінності в групах порівняння спостерігаються за характеристикою «Реакція на помилки» (персонал відчуває, що їх помилки та звіти про небажані події не мають негативного впливу на них). Навіть у лікувальних закладах США ця характеристика знаходиться на рівні менше 50 %. У ЗОЗ цей показник не набирає навіть 30 %, а у ВКЛ становить 15 %. У ВКЛ є проблеми і за характеристиками «Кадрове забезпечення» й «Переміщення всередині лікарні» – 35 і 42 % відповідно. «Переміщення всередині лікарні» у клініках США теж є слабкою стороною. Позитивні відповіді за цією характеристикою склали лише 47 %.

Отже, персонал вітчизняних ЗОЗ відчуває, що їх помилки і звіти про небажані події можуть мати негативний вплив на них самих, що є однією з основних проблем замовчування ситуації про дефекти надання медичної допомоги в Україні.

Методи детекції інцидентів з безпекою пацієнтів у медичній практиці

Ковальова О. М., Федосюк Р. М.

Актуальність. За оцінками спеціалістів, інциденти з безпекою пацієнтів сьогодні є однією з основних причин внутрішньолікарняної летальності. Для ефективного управління ризиками та успішної протидії таким інцидентам необхідна надійна система їх ідентифікації, реєстрації та аналізу.

Мета роботи. Запропонувати власну класифікацію та надати порівняльну характеристику основних методів ідентифікації інцидентів з безпекою пацієнтів.

Матеріали та методи. Для досягнення мети проведено контент-аналіз зарубіжних джерел з використанням бібліосемантичного методу та методу системного аналізу.

Результати дослідження. Установлено, що майже весь спектр можливих інцидентів з безпекою пацієнтів охоплюється двома таксономічними категоріями – категоріями медичної помилки та несприятливої події.

Медична помилка (англ. *Medical error*) – це неспроможність виконати заплановану дію відповідно до намірів або використання хибного плану для досягнення мети. «З легкої руки» J. Reason медичні помилки розподіляють на дві підгрупи:

- активні, або явні помилки (англ. *Active Errors*) – це «дистальні» помилки, або помилки, зумовлені людським фактором (хибними діями або бездіяльністю персоналу, який є «передовою» ланкою, фронт-лайнерами в інтерфейсі система-пацієнт);
- латентні, або приховані помилки (англ. *Latent Errors*) – це «проксимальні» помилки, або помилки, зумовлені маніфестацією прихованих дефектів чи слабких місць системи (збоями в роботі інфраструктурних, технічних, організаційних та інших елементів системи, що є «тиловою» ланкою в інтерфейсі система-пацієнт).

Несприятлива подія (англ. *Adverse Event*) – це ненавмисна шкода, завдана пацієнту діями або бездіяльністю персоналу, радше, ніж хворобою або вищим станом пацієнта.

Несприятливі події у свою чергу також розподіляють на дві підгрупи:

- відворотні несприятливі події (англ. *Preventable Adverse Events*) – це небажані події, спричинені медичними помилками;
- невідворотні несприятливі події (англ. *Non-preventable Adverse Events*) – це небажані події, не пов'язані з медичними помилками.

Отже, поняття «медична помилка» і «несприятлива подія» не є тотожними:

- далеко не всі медичні помилки мають наслідком несприятливі події – велика підгрупа так званих потенційних або незавершених помилок

(англ. *Near Misses* – помилки, що ледь не трапились) не має жодних наслідків для пацієнтів;

- далеко не всі несприятливі події є наслідком медичних помилок – підгрупа невідворотних несприятливих подій (наприклад, ідіосинкратична реакція на препарат, ДТП з участю карети швидкої допомоги з вини стороннього водія) повністю випадає з домену медичних помилок.

Для ідентифікації медичних помилок і несприятливих подій у медичній практиці сьогодні існує кілька десятків методів. Їх можна класифікувати за кількома критеріями:

1. За призначенням:

- академічні – для використання в науково-дослідницькій діяльності;

- практичні – для використання в практиці охорони здоров'я.

2. За часовою перспективою:

- проспективні – вивчення безпекових аспектів майбутньої діяльності (класичний приклад – система інцидент-звітування);

- ретроспективні – аналіз безпекових аспектів минулої діяльності (класичний приклад – глобальний тригерний інструмент).

3. За способом збору інформації:

- мануальні – базуються на використанні людського фактора (інцидент-звітування, рецензування історій хворіб, використання спостерегачів, опитування пацієнтів);

- автоматичні – базуються на використанні комп'ютерних технологій із закладеними механізмами відбору та аналізу інформації (інтраопераційний моніторинг);

- поєднані (глобальний тригерний інструмент).

4. За конкретною метою:

- для ідентифікації хірургічних інцидентів;

- для ідентифікації інфекційних інцидентів;

- для ідентифікації медикаментозних інцидентів;

- для ідентифікації інфраструктурних інцидентів.

Дослідження показують, що універсального методу детекції інцидентів не існує. Значення будь-якого окремо взятого методу у виявленні проблем з безпекою пацієнтів дуже незначне. Кожний метод має «тропність» до певного виду інцидентів: події, ідентифіковані одним методом, зазвичай не ідентифікуються іншими методами. В одному дослідженні в клініці Мейо, де порівнювалися три методи (індикаторного аналізу, інцидент-звітування та глобальний тригерний інструмент), лише у 6,2 % випадків несприятливі події, ідентифіковані з допомогою індикаторного методу, були також виявлені через механізм інцидент-звітування.

Висновок. В арсеналі систем охорони здоров'я сьогодні є кілька десятків методів та інструментів ідентифікації проблем з безпекою пацієнтів, але

будь-який окремо взятий метод дає дуже обмежене уявлення про реальний стан речей. Подібно до сюжету однієї відомої індійської байки, де шість сліпих після зустрічі зі слоном пішли з шістьма кардинально відмінними уявленнями про цю тварину залежно від частини тіла, до якої вони доторкалися, сприйнявши її, відповідно, стіною (тулуб), деревом (нога), списом (бивень), змією (хобот), віялом (вухо) та канатом (хвіст), уявлення про стан проблеми безпеки пацієнтів у конкретному лікувальному закладі залежатиме від методу отримання інформації. Лише використання комбінації різних методів та інструментів зможе забезпечити отримання цілісної картини.

Викладання питань безпеки пацієнтів студентам медичного коледжу

Малюк О. О.

Актуальність проблеми. Складнішими стають медичні технології, зростає роль медсестринства в лікувально-діагностичному процесі, наслідком реформи медичної галузі в Україні серед іншого очікується інтенсифікація праці всіх медичних працівників. Усе це разом підвищує ризик негативних наслідків для пацієнтів у лікувально-діагностичному процесі.

У свою чергу освіта й виховання студентів відіграють важливу роль у формуванні ставлення до безпеки в майбутніх медичних фахівців.

Безпека пацієнта не є традиційною самостійною дисципліною, скоріше, це ті знання, які інтегруються в усі сфери медичної практики.

Мета нашого дослідження – вивчити формальні та неформальні прояви питань безпеки пацієнтів у чинних програмах навчальних дисциплін вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів I–III рівнів акредитації за спеціальністю 5.12010102 «Сестринська справа» і запропонувати своє бачення удосконалення цих програм з урахуванням сучасних вимог і досвіду розбудови безпечного лікарняного середовища.

Завдання дослідження:

- оцінити ознаки неформальних проявів безпеки пацієнтів за темами занять;
- установити ознаки формальних проявів безпеки пацієнтів за змістовною частиною відібраних занять;
- установити реальний обсяг навчального часу, безпосередньо присвячений питанням безпеки пацієнтів за темами занять і їх змістом;
- обґрунтувати пропозиції з удосконалення програм навчальних дисциплін з урахуванням сучасних вимог і кращої практики розбудови безпечного лікарняного середовища.

За основу в нашому дослідженні були взяті підходи, викладені у звіті британських експертів «Професійні навчальні програми з безпеки пацієнтів

у системі охорони здоров'я: вивчення досвіду підготовки» (Patient safety in health care professional educational curricula: examining the learning experience, <http://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-mds/haps/projects/cfhpe/psrp/finalreports/PS030PSRPPReportFINAL0609.pdf>).

Аналіз чинних тематичних планів окремих предметів для вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів I–III рівнів акредитації за спеціальністю 5.12010102 «Сестринська справа» щодо безпеки пацієнтів показав:

- на думку експертів, питання безпеки мають міститися більше ніж у 70 % тематики;
- за темами занять питання безпеки передбачені в межах від 45,1 % (основи медсестринства) до 0,0 % (анестезіологія та реанімація);
- реально ж за змістом – від 14,6 % (основи медсестринства) до 0,0 %.

Із 10 тем дисципліни «медсестринство у внутрішній медицині» тематичного плану в 9 наголошується на виконанні заходів і засобів особистої професійної безпеки, протиепідемічного режиму та охорони праці медичної сестри під час надання медичної допомоги пацієнтам, при роботі з кров'ю та іншим біологічним матеріалом, інструментальних методах обстеження, професійної безпеки. Заходи безпеки під час роботи з електроприладами, апаратами, що працюють під тиском, балонами з газом. У темі 5 проблема професійної безпеки медичного персоналу згадується 12 разів.

Що стосується безпеки пацієнтів, то в окремих темах ідеться про ускладнення процедур і введення ліків і тактику реагування на них медсестри. Водночас у тематичному плані дисципліни «анестезіологія та реанімація» про безпеку пацієнтів не згадується жодного разу.

Практичні навички, що безпосередньо стосуються безпеки пацієнтів, у тематичних планах вищевказаних дисциплін практично відсутні, як відсутнє посилання на відповідні джерела інформації. Зрештою, навчально-методичних посібників за цією тематикою в Україні немає.

Такі проблеми в базових документах з організації навчального процесу, безумовно, впливають на якість підготовки фахівців.

Як приклад можна навести найбільш поширені помилки за результатами демонстрації практичних навичок 11 медичних сестер – учасниць конкурсу «Ескулап – професіонал – 2017», що проводився в нашому коледжі:

- порушення асептики та антисептики – 10 конкурсанток;
- порушення правил обробки рук – 5 конкурсанток;
- порушення техніки виконання маніпуляції – 7 конкурсанток;
- недостатнє спілкування з пацієнтом – 4 конкурсантки.

Однак в організації навчального процесу, проведенні занять у Київському медичному коледжі ім. П. І. Гаврося реалізуються підходи, що дозволяють певною мірою компенсувати прогалини програм і тематичних планів дисциплін.

Останніми роками контроль знань, особливо теоретичних, проводиться методом тестування. При цьому головне, щоб тести перевіряли готовність до праці, а не кількість теоретичних знань.

У коледжі значного поширення набуло використання клінічно-ситуаційних завдань, або кейсів. У них моделюються ситуації, подібні до тих, з якими зустрічається медична сестра в практичній діяльності.

Крім того, активно використовується симуляційне навчання. Це допомагає майбутнім фахівцям уникнути помилок у подальшій роботі, звести до мінімуму ризики для пацієнта від надання медичної допомоги.

Отже, підготовка фахівців у медичних коледжах з питань безпеки пацієнтів є актуальною багатоаспектною проблемою, що потребує уваги як на рівні центрального органу державної влади у сфері охорони здоров'я, так і на рівні відповідних навчальних закладів.

Формування компетентності майбутніх лікарів у питаннях безпеки пацієнтів

*Завгородній І. В., Сидоренко М. О.,
Білера Н. В., Літовченко О. Л.*

У зв'язку з реформуванням системи охорони здоров'я та переходом на страхову медицину надзвичайно актуальним є питання формування компетентності майбутніх лікарів у питанні безпеки пацієнтів.

За даними ООН, помилки лікарів стають причиною майже 1 млн смертей на рік, які можливо було б попередити та зберегти людське життя. За даними МОЗ України, до 30 % медичних утручань є непотрібними та навіть шкідливими [1]. З цього приводу в деяких країнах Європи вже введено розроблення щодо безпеки пацієнтів та функціонує Національна служба безпеки пацієнтів [2].

Новий час потребує підвищення вимог до якості медичної допомоги та особливої уваги суспільства до випадків неналежного виконання професійних обов'язків медичними працівниками. Це має бути відображено під час реформування системи охорони здоров'я. Зміна системи надання медичної допомоги має супроводжуватися відповідними змінами в навчальних програмах підготовки середнього медичного персоналу та лікарів різних спеціальностей.

Слід наголосити, що відповідно до нового навчального плану підготовки лікарів за освітньо-кваліфікаційним рівнем «Магістр» у вищих навчальних закладах запроваджено дисципліну «Охорона праці в галузі», яка вивчається на 2 курсі. У межах цієї дисципліни розглядаються загальні питання охорони праці лікаря, особливості умов праці в медичній галузі та спеціальні

питання охорони праці в медичній галузі з позиції лікарів різних спеціальностей. У програмі також відображено правові аспекти роботи лікаря в шкідливих умовах праці. Водночас обов'язки та права лікарів і пацієнтів не розглядаються. Немає питань щодо забезпечення безпеки пацієнтів при проведенні лікувально-діагностичних процедур, використанні технічних засобів діагностики та сучасного обладнання, яке потенційно може бути джерелом несприятливих чинників (електромагнітне випромінювання, шум, вібрація, хімічні сполуки).

Для бакалаврів лабораторної діагностики, магістрів і бакалаврів – медичних сестер запроваджено такі навчальні дисципліни, як «Основи охорони праці та безпеки життєдіяльності» та «Охорона праці в галузі», де розглядаються загальні питання охорони праці медичної сестри, професійні шкідливості та спеціальні питання охорони праці для середнього медичного персоналу. Тематика обов'язків медичної сестри та прав пацієнтів, актуальні питання безпеки пацієнтів також не розглядаються.

Тому для успішного формування необхідної компетентності майбутніх медичних працівників з питань охорони прав пацієнтів, забезпечення безпечних умов проведення лікувально-діагностичних процедур і маніпуляцій необхідно внести відповідні зміни до робочих програм з урахуванням профілю підготовки.

У рамках цих дисциплін мають розглядатися такі питання: права пацієнта та його обов'язки, права та обов'язки медичних працівників згідно з чинним законодавством, безпечне використання технічних приладів та устаткування, основи профілактики несприятливого впливу виробничих чинників на організм пацієнтів. У майбутнього медичного персоналу мають сформуватися здатність використання отриманих знань у подальшій практичній діяльності та виборі стратегії в кожному конкретному випадку, здатність діяти соціально відповідально та громадсько-свідомо, проводити належну санітарно-просвітницьку та роз'яснювальну роботу серед населення. Особливу увагу слід приділити психологічному аспекту в роботі з пацієнтами, здатності тактовно та переконливо донести медичну інформацію до пацієнтів та їх близьких з мінімальним ризиком нанесення психологічної травми, генерування ятрогенних станів.

Література

1. Наказ МОЗ України від 01 серпня 2011 р. № 454 «Концепція управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року» [Електронний ресурс] : <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=12655> (01.08.2011)
2. Сердюк В. М. Досвід викорінення дефектів медичної допомоги на міжнародному рівні та в деяких окремих країнах / Круглий стіл на тему «Безпека пацієнтів – актуальна проблема вітчизняної системи охорони здоров'я» [Електронний ресурс] : <http://www.apteka.ua/article/402281> (9.02.2017)

**СЕКЦІЙНЕ ЗАСІДАННЯ:
«ПОПЕРЕДЖЕННЯ НЕГАТИВНИХ НАСЛІДКІВ
НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.
ДОСВІД МІНІМІЗАЦІЇ РИЗИКІВ
У ТЕХНОГЕННО-НЕБЕЗПЕЧНИХ ГАЛУЗЯХ»**

**Гармонізація системи охорони здоров'я м. Дніпра
в напрямку якості, безпеки та доступності
медичної допомоги населенню**

Бабський А. А.

В умовах реформування галузі охорони здоров'я – коли медичні заклади отримують управлінську та фінансову автономію, методи надання медичної допомоги обираються лікарями, встановлюється ліцензування медичної практики і закладу, і кожного лікаря, вводяться інші численні новації – залишається важливий фактор, який об'єднує медичні заклади в систему, створює єдиний медичний простір, робить наші заклади доброзичливими для пацієнтів і тим, що є сутністю нашої роботи, – це якість і безпечність медичної допомоги.

Підготовка до нашої конференції дозволила ще раз вивірити наші підходи до питання якості та безпеки в охороні здоров'я, і маємо надію на добрі ідеї та пропозиції в ході роботи цього авторитетного заходу, у спілкуванні з учасниками конференції, визначними фахівцями з цього питання.

Дієвим підходом у формуванні безпечного лікарняного середовища є фокус на співпраці лікарів і медичних закладів у визначенні маршруту пацієнта.

Відміна локальних протоколів медичної допомоги, вірніше, не обов'язкова їх наявність, не скасовує вимогу щодо отримання пацієнтом якісної медичної допомоги, яка передбачає скерування пацієнта саме до того закладу, до того лікаря, де ця допомога буде найбільш ефективна.

З огляду на це значно зростає роль наших позаштатних медичних фахівців і керівників закладів охорони здоров'я. У нас на них велика надія, і ми розуміємо обсяг роботи, що треба зробити в нових умовах діяльності лікарів, закладів і всієї системи.

Розробка алгоритмів медичної допомоги, визначення стандартної медичної практики та актуальних клінічних протоколів медичної допомоги, залучення до цієї роботи професійних медичних асоціацій, співпраця з науковцями медичної академії, у чому в нас є добрі традиції, – все це має сприяти, як вже зазначалось, основному в нашій роботі – підвищенню якості та безпеки медичної допомоги.

Безумовно, що основними дійовими особами в забезпеченні якості та безпеки медичної допомоги є медичні працівники, і ми, як і керівники закладів охорони здоров'я, це розуміємо й робимо все можливе, щоб забезпечити гідні умови їх праці.

У медичних працівників є необхідність у навчанні – тому ми маємо організувати та забезпечити безперервність процесу освіти. Для цього потрібна організаційно-методична допомога – вона буде. Потрібні матеріальні стимули – вони є і будуть, і все це заради результату: задовольнити потреби пацієнтів у мінімальному ризику при отриманні медичної допомоги. Саме пацієнти можуть і повинні оцінювати нашу роботу, їх задоволеність медичною допомогою, як і їх скарги, є одними з показників якості надання медичної допомоги, і це ми давно зрозуміли, і в нових умовах це залишається пріоритетом нашої діяльності. Навіть більше: відсутність скарг часто свідчить про зневіру в можливості почути та врахувати голос пацієнта.

І тут ми маємо надійних партнерів – громадські та пацієнтські організації. У нас загальний інтерес і мета, тому важливі і їхні думки щодо питання надання якісної та безпечної медичної допомоги, і підтримка прихильності медичних працівників до належної роботи, їх професійне навчання та вдосконалення, просвітницька робота з пацієнтами та широкими колами громадськості, залучення їх до участі в наших заходах для досягнення зазначеної мети – зробити медичну допомогу в Дніпрі якісною та безпечною.

Невипадково в назві моєї доповіді є слово гармонізація, що означає побудову взаємодовірливих партнерських стосунків медичних працівників і пацієнтів, забезпечення впровадження та дотримання єдиних, найвищих стандартів: і стосовно якості та безпеки медичної допомоги, що ми вже впровадили, і ті, що розробляємо. Це стосується всіх пацієнтів – від новонародженого немовляти до паліативного пацієнта і людей похилого віку. Ми в цьому зацікавлені всі, від молодшої медичної сестри до директора департаменту.

Створити систему управління, підготовки та дотримання стандартів роботи надання медичних послуг і медичної допомоги з критеріями якості та безпеки – важливе наше спільне завдання на всіх рівнях: від робочого місця медичної сестри, реєстратора до керівника закладу, головних спеціалістів департаменту охорони здоров'я.

Для гармонізації системи охорони здоров'я м. Дніпра щодо якості, безпеки та доступності медичної допомоги населенню ми обрали відомий та ефективний програмний підхід.

У місті реалізується декілька державних, обласних і міських програм, однією зі складових яких є питання якості та безпеки медичної допомоги.

Аудит виконання цих програм різного рівня, зокрема загальнодержавного, підтвердив, що в місті в цілому вони виконуються задовільно.

Однак ми бачимо і проблеми, і невирішені питання, тому міський голова, міська рада, наш департамент ініціюють кілька комплексних програм, що пройшли міжнародну апробацію. Деякі фрагменти цих програм ми вже впроваджуємо, а саме: «Чиста медицина – безпечна медицина», «Безпечна хірургія рятує життя», «Безпечне материнство». Інші плануються до впровадження, зокрема паліативна допомога.

Сьогодні завдання – включити ці програми в систему охорони здоров'я міста Дніпра. Саме про це йтиметься на пленарних і секційних засіданнях нашої конференції. І я сподіваюся, що високий фаховий рівень учасників конференції, колективна думка, обговорення та дискусії дозволять розробити конкретні рішення щодо покращання безпеки медичної допомоги дніпрян.

У наш час, коли в державі немає Національної програми щодо інфекційної безпеки пацієнтів, як це рекомендує ВООЗ, перспективною та актуальною програмою, ініційованою департаментом до розробки в цьому році, є комплексна програма «Інфекційна безпека міста Дніпра», як відповідь на загрози інфекцій, що пов'язані з наданням медичної допомоги, на поширення резистентності збудників до антибіотиків і на несприятливу епідемічну ситуацію у світі.

Концепцією цієї програми передбачено заходи щодо підвищення проти-епідемічної готовності міста, впровадження тренінгового навчання медичних працівників, удосконалення та оптимізації порядку закупівлі якісних дезінфекційних засобів, обладнання тощо, оптимізації лабораторної діагностики та моніторингу, впровадження системи інфекційного контролю в кожному медичному закладі міста на основі нового керівництва ВООЗ з упровадження основних компонентів програм профілактики інфекцій та інфекційного контролю.

Ми поділяємо **стурбованість щодо стану безпеки пацієнтів у медичних закладах міста**, усвідомлюємо важливість безпеки пацієнтів як невід'ємної складової якості медичної допомоги, підтверджуємо прихильність рішенням ВООЗ щодо створення та зміцнення науково обґрунтованої системи, необхідної для підвищення безпеки пацієнтів і якості медичної допомоги.

Дозвольте завірити шановне панство, що ми, як і ви, розуміємо складність ситуації із забезпечення якості та безпеки медичної допомоги, і єдиним правильним підходом до реалізації нашої мети є співпраця, партнерство та взаємодія всіх заінтересованих сторін.

Важливо, що на нашому боці в цьому міська влада, депутатський корпус, а головне, мешканці нашого міста, і вони гідні якісної та безпечної медицини, яку ми їм усі разом забезпечимо.

ІТ в управлінні якістю лабораторної діагностики на первинному рівні

Саганенко В. О.

Сьогодні безпека пацієнта безпосередньо пов'язана з управлінням якості всіх етапів клінічної лабораторної діагностики. Якість лабораторної діагностики – це достовірна інформація про організм пацієнта, це своєчасне виявлення захворювання, контроль адекватності терапії, можливість своєчасно модифікувати лікування для досягнення максимального клінічного ефекту при мінімізації ризиків для пацієнта.

Для виконання достовірних і своєчасних лабораторних досліджень відповідно до пріоритетних для міста Дніпра програм у галузі охорони здоров'я, у тому числі щодо материнства та дитинства, кардіоваскулярних захворювань, інфекцій, діабету, онкології, існує низка методологічних і технічних проблем. Для раннього виявлення та надійного моніторингу програмних захворювань необхідно забезпечити на рівні первинної ланки протокольний мінімум лабораторної діагностики з високою вірогідністю результату досліджень. Це дозволить не тільки домогтися кращого результату виконання програм, але й уникнути повторних досліджень у подальшому для такого пацієнта на вторинному та третинному рівні медичної допомоги, зменшити витрати на кожного пацієнта.

Згідно зі світовою практикою до 70 % всіх помилок лабораторного аналізу, а саме отримання недостовірного результату від лабораторії, пов'язано з псуванням або неправильним використанням зразків крові або сечі хворого. Для прикладу, до третини випадків невиявлення діабету у вагітних пов'язано з неякісним збереженням зразка крові для клінічного аналізу глюкози, а це, в свою чергу, призводить до серйозних наслідків для здоров'я дитини та високої ймовірності настання діабету 2 типу у жінок, які народили, протягом 10 років.

Відсутність єдиної системи реєстрації та обліку напрямів і проб ускладнює ведення пацієнтів на первинній ланці, призводить до виконання тестів на місці або виконання зайвих витратних досліджень у приватних лабораторіях. Практика використання методів експрес-лабораторної діагностики тестів у більшості випадків неефективна для бюджету – експрес-лабораторні дослідження, як правило, в рази дорожче, не можуть бути стандартизовані для отримання стабільно достовірного результату дослідження. При неможливості організувати контроль якості ми маємо результат, якому не можна довіряти, але витрати міста на його отримання високі.

Щоб управляти якістю, достовірністю інформації, яку отримує лікар на всіх етапу організації клінічної лабораторної діагностики (призначення правильного тесту, забір зразка, правильне збереження, доставка, підготовка до аналізу, правильна інтерпретація одержаних результатів), необхідні ефектив-

ні IT технології, наприклад різні модифікації e-Health (GET). Для управління достовірністю безпосередньо аналізу в світі напрацьовано хмарні рішення для постійно діючого процесу аудиту якості діагностичного етапу.

Пропонується створення єдиної Програми контролю і управління якістю лабораторних послуг на первинній ланці, у тому числі з урахуванням можливостей ЛПУ вторинної ланки і всіх сучасних лабораторій зі складних видів клінічних досліджень. Для забезпечення достовірності послуг лабораторії пропонується створити моніторинговий центр якості. Використовується стандартна програма (переважно хмарна) з доступом усіх учасників досліджень (афільовані лабораторії). Усі зразки пацієнтів мають власний штрихкод, який містить зашифровані дані про пацієнта і може бути пов'язаний з електронною картою хворого. У системі передбачені довідники значень для правильної єдиної інтерпретації результатів. Єдність вимірювань забезпечується автоматичною системою міжлабораторних порівнянь результатів. Кожен учасник системи, кожен лікар і адміністратор може бути впевнений у призначенні правильного аналізу, в правильний час, на правильному приладі, правильним методом, і отриманні достовірного результату вчасно.

Захист стану здоров'я вагітних у XXI сторіччі: мультидисциплінарний підхід

Антипкін Ю. Г., Давидова Ю. В.

Збереження стану здоров'я жінок є пріоритетним завданням для будь-якої країни, на окрему увагу заслуговує проблема зниження рівня материнської смертності як інтегрального показника якості надання медичних послуг у країні. Тому за останні декади багато зусиль лікарів різних спеціальностей скеровано для створення найефективнішої моделі захисту жінок під час гестації, пологів і в післяпологовий період. Аналіз причин материнської смертності в Україні показав, що перше рангове місце посідає наявність у жінок тяжкої екстрагенітальної патології.

Ураховуючи постійне зростання рівня складності медичних та організаційних проблем, що виникають під час надання якісної спеціалізованої перинатальної допомоги, найбільш обґрунтованим та ефективним в умовах реформування медичної служби є мультидисциплінарний підхід за участю спеціалістів за профілем патології жінки та акушерів-гінекологів, які мають необхідний рівень підготовки для надання допомоги вагітним групи високого ризику.

Надання спеціалізованої перинатальної допомоги силами мультидисциплінарної команди передбачає участь і взаємодію лікарів декількох спеціальностей при веденні однієї пацієнтки, що оптимізує процеси діагностики та

лікування, уніфікує підходи до ведення пацієнтки акушерами-гінекологами та лікарями інших спеціальностей (консенсусне рішення на ранніх етапах гестації), дозволяє подолати дисциплінарну обмеженість та отримати синтетичні знання.

У системі НАМН України з 2012 р. діє модель міжсекторальної взаємодії під час надання спеціалізованої акушерської та перинатальної допомоги між ДУ «ІПАГ» та іншими профільними клінічними установами НАМН України, найбільший досвід отримано в мультидисциплінарних командах «акушерська кардіологія», «нейрохірургічна допомога».

У рамках роботи мультидисциплінарної команди «акушерська кардіологія» вдалось майже вдвічі знизити час на обстеження вагітної з кардіальною патологією лікарями функціональної діагностики, кардіохірургами, кардіологами, що дало можливість акушерам-гінекологам, які спеціалізуються на веденні вагітних з екстрагенітальною патологією, на ранніх етапах вагітності розробити індивідуальний план спостереження та розродження, а також визначити маршрут пацієнтки, місце, термін і варіант розродження. Для групи надвисокого кардіального та перинатального ризику відповідно до рекомендацій ESCardio 2011 розроблено рамкові умови надання кардіохірургічної допомоги під час вагітності, пологів і в післяпологовий період у Національному інституті серцево-судинної хірургії ім. М. М. Амосова, і це дозволило отримати позитивні перинатальні результати, попередити розвиток серйозних кардіальних ускладнень, що може стати резервом зниження материнської захворюваності та смертності.

Прагнення наблизити стандарти надання спеціалізованої перинатальної допомоги до таких, що встановлені в країнах ЄС, США, Канаді, зумовило запровадження корпоративних підходів до створення безпечного середовища для вагітних в ДУ «ІПАГ НАМНУ», які складаються з усвідомлення лідерства та відповідальності, відпрацювання взаємодії та взаєморозуміння в команді, дотримання принципів медицини, заснованої на доказах, стандартизації підходів обстеження та лікування, хірургічних втручань, удосконалення та уніфікації термінології, налагодження комунікації структурних підрозділів інституту з профільними установами НАМН України, високого ступеня готовності до надання невідкладної допомоги (на місці, на виїзді, в режимі on-line, off-line).

Реалізація мультидисциплінарного підходу в захисті стану здоров'я вагітних групи високого ризику дозволяє підсилити рівень підготовки учасників мультидисциплінарної команди, ефективно використовувати ресурси, запобігти дублюванню функцій і розширює можливості контролю – усе це покращує якість спеціалізованої перинатальної допомоги. Зокрема, вдалося досягти скорочення часу на обстеження, прийняття рішень, провести уніфікацію підходів до діагностики та лікування, регламентувати проведення

діагностичних, консультативних, лікувальних заходів за сумісно розробленим протоколом.

Співробітництво в мультидисциплінарній команді сприяло підвищенню рівня знань, відпрацюванню діагностичних і лікувальних навичок, надбанню спільного клінічного та наукового досвіду, дозволило покращити якість надання спеціалізованої перинатальної допомоги вагітним групи високого ризику, що забезпечило підвищення рівня захисту стану здоров'я вагітних з екстрагенітальною патологією.

Небажані побічні реакції на лікарські засоби: сучасний стан проблеми

Хайтович М. В., Голопихо Л. І.

Побічні (небажані, несприятливі) реакції на лікарські засоби (ПРЛЗ) – одна з найважливіших проблем громадської охорони здоров'я, оскільки є основною причиною госпіталізації та смертності в розвинутих країнах.

У наш час доцільно користуватися міжнародною (ABCDE) системою класифікації ПРЛЗ: тип А («augmented» – доповнені, поширені) – дозозалежні та передбачувані (прогнозовані) реакції; тип В («bizarre» – дивні, несподівані) – реакції непередбачувані (непрогнозовані), не залежні від дози (алергічні, псевдоалергічні, діосинкразія); тип С («continuing» – тривати) – реакції, що виникають при тривалому застосуванні ЛЗ; тип D («delayed» – затриманий) – реакції, що з'являються через певний час (канцерогенні, тератогенні тощо); тип Е («end-of-use» – відміна) – реакції відміни. Залежно від тяжкості виділяють ПРЛЗ легкі, помірні та тяжкі, а з урахуванням наслідків для пацієнта – серйозні та несерйозні.

Епідеміологічні дослідження, проведені в багатьох країнах світу, вказують на переважання передбачуваних (дозозалежних) реакцій, вони становлять 75–80 % усіх ПРЛЗ. В Україні повідомлення про тип В ПРЛЗ зустрічається у 40 % випадків. Серйозні ПРЛЗ у стаціонарі залежно від профілю відділення спостерігаються у 36–47 % серед всіх ПРЛЗ, при цьому в 73 % випадків потребувалась госпіталізація або продовження госпіталізації (у 1,8–1,9 % ПРЛЗ призвели до летальних випадків).

Викликані серйозні ПРЛЗ частіше антитромботичними, нестероїдними протизапальними ЛЗ, ЛЗ для лікування серцево-судинної системи (у кардіологічному відділенні серйозні ПРЛЗ частіше були спричинені карведіолом і аміодароном).

Серед найчастіших клінічних проявів ПРЛЗ: запаморочення, нудота, головний біль, блювання, діарея, висип, запори, втома, безсоння, свербіж, тромбоцитопенія, біль у животі, сонливість, алергічні реакції, диспепсія,

кропив'янка, диспное, гіпотонія, депресія, парестезії, тривожність, серцебиття, тремор, артралгії, анорексія, нервозність, анафілаксія, ксеростомія, лихоманка, порушення смаку.

У стаціонарних пацієнтів частіше виявляються нефротоксичність, гіпоглікемія, гепатотоксичність, кровотечі. Серед людей похилого віку ПРЛЗ частіше проявляються ортостатичною гіпотензією, делірієм, нирковою недостатністю, шлунково-кишковими та внутрішньочерепними кровотечами; у дітей найчастіше спостерігалися шкірні реакції (почервоніння шкіри, кропив'янка), лихоманка; інфекції, гіперчутливість, блювання.

У 18,4 % померлих у стаціонарі ПРЛЗ асоціювалась із фатальним результатом: у 10,5 % випадків ПРЛЗ були причиною госпітальної смертності, у 7,9 % – сприяли їй). Смерть частіше виникала внаслідок аритмії, кровотеч із шлунково-кишкового тракту, дихальної недостатності й була спричинена застосуванням антитромботичних, психотропних ЛЗ, застосуванням дигоксину.

Крім поліпрагмазії та взаємодії ЛЗ (серед незалежних факторів фатального результату внаслідок ПРЛЗ – прийом 10 і більше ЛЗ), серед факторів, що сприяють розвитку серйозних ПРЛЗ: похилий вік (характерні вікові зміни фармакокінетики ЛЗ); жіноча стать; коморбідність (серцева недостатність, порушення ниркових і печінкових функцій погіршують метаболізм та екскрецію ЛЗ); тяжкість стану; самолікування (пацієнти застосовують одночасно два різні препарати з однією діючою речовиною; приймають несумісні ліки, не враховують наявність супутньої патології тощо); генетичні передумови (наприклад, генетичні поліморфізми генів ферментів метаболізму або транспортерів ЛЗ тощо).

Доведено, що майже в половині випадків ПРЛЗ можна було б запобігти. Серед заходів, що підвищують безпечність застосування ЛЗ: орієнтація на протоколи, що базуються на даних доказової медицини; виділення серед пацієнтів тих, хто має високий ризик ПРЛЗ (приймає 5 або більше ЛЗ одночасно, похилий або ранній вік; наявність порушення функції печінки, нирок, серцево-судинної системи; застосовуються ЛЗ із малою терапевтичною широтою тощо). У цих випадках доцільно використовувати алгоритми (наприклад, алгоритм Наранжо) для визначення ступеня достовірності зв'язку «ЛЗ-ПРЛЗ».

Важливе значення має настороженість пацієнтів і лікарів. В умовах самолікування пацієнт має бути ознайомлений з тим, які ПРЛЗ можуть виникнути і як можуть проявитися, які ЛЗ, харчові продукти та напої не варто приймати під час курсу лікування певним препаратом (наприклад, макроліди, азолові протигрибкові засоби, грейпфрутовий сік гальмують метаболізм статинів, що може призводити до серйозних побічних реакцій). Необхідно внести відповідні зміни в робочі програми на клінічних кафедрах та забезпечити

оволодіння навичок з менеджменту ризику взаємодії ЛЗ та розвитку ПРЛЗ на дипломному та післядипломному етапах підготовки лікарів, стоматологів і фармацевтів.

Велике значення має збільшенні прихильності та посилення виконавчої дисципліни та вмотивованості лікарів до інформування про ПРЛЗ. Для кращого інформування потрібно розвивати активні форми подання повідомлень про ПРЛЗ. Як відомо, на сьогодні повідомляти про ПРЛЗ можуть медичні працівники (лікар, медична сестра, фельдшер, акушер тощо), фармацевти, пацієнти, їхні представники, а також громадські організації, які захищають права та безпеку пацієнтів.

З метою попередження ПРЛЗ важливо застосовувати фармакогенетичні тести (особливо у пацієнтів з ризиком взаємодії ЛЗ, у випадку прийому антикоагулянтів або антитромботичних засобів, статинів тощо) для виявлення генетичних поліморфізмів генів метаболізму ЛЗ та їх транспортерів. Де можливо – індивідуалізувати дозовий режим (в Україні це поки що лише перспективний напрям).

Отже, ПРЛЗ суттєво впливають на рівень здоров'я пацієнтів і досить часто спричиняють його погіршення. Лікарі, фармацевти, пацієнти або їх опікуни повинні бути достатньо поінформовані щодо ризиків фармакотерапії та намагатись їх максимально знизити.

Досвід попередження дефектів надання медичної допомоги

Казмірчук А. П., Циц О. В., Лінник В. І., Агрепишин С. В.

Загальновідомо, що в процесі лікування можуть мати місце різні упущення, недоліки й помилки в лікувально-діагностичній і профілактичній роботі лікаря.

Найчастіше лікарі у своїй роботі припускаються таких помилок: діагностичні, лікувально-тактичні, лікувально-технічні, організаційні, деонтологічні, помилки у веденні медичної документації та інші.

Причинами лікарських помилок у діагностиці можуть бути: атиповий перебіг захворювання, недостатня диференціальна оцінка клінічних проявів та ефекту від терапії, що проводиться.

У попередженні та зменшенні лікарських помилок велике значення має систематичний контроль за організацією лікувально-діагностичного процесу та якістю надання медичної допомоги з боку адміністрації лікувальної установи та її головних фахівців, а також глибоке вивчення всіх летальних випадків комісією з вивчення летальних наслідків (далі – КВЛН), регулярне проведення клінічних і клініко-анатомічних конференцій.

Для аналізу дефектів у наданні медичної допомоги КВЛН керується єдиним переліком дефектів у наданні медичної допомоги. У разі виявлення комісією дефектів у наданні медичній допомогі обов'язково вказуються: сутність і характер дефектів; де і ким вони допущені; конкретні причини дефектів, якою мірою дефекти медичної допомоги пов'язані з настанням летального наслідку; конкретні рекомендації комісії щодо усунення та попередження виявлених недоліків у лікувально-діагностичній роботі.

Під час проведення клініко-анатомічних зіставлень КВЛН встановлює: збіг або розбіжність клінічного та патологоанатомічного діагнозів. У разі розбіжності клінічного та патологоанатомічного діагнозів на засіданні КВЛН і клініко-анатомічній конференції необхідно також встановити, на якому етапі надання медичної допомоги були допущені дефекти та які їх причини.

Окрім КВЛН, важливим чинником у підвищенні рівня кваліфікації лікарів та організації лікувально-діагностичного процесу в госпіталі є клініко-анатомічні конференції, метою яких є різнобічне з'ясування причин і механізмів смерті хворого шляхом ретроспективного спільного глибокого аналізу всіх матеріалів його клінічного обстеження.

Критичний аналіз лікарських помилок у лікувально-діагностичній роботі, проведений на комісіях, сприяє, з одного боку – підвищенню кваліфікації лікарів, а з іншого – усуненню та попередженню виявлених дефектів, що є кінцевою метою творчої співпраці клініцистів і патологоанатомів, спрямованої на поліпшення лікувально-діагностичного процесу в госпіталі.

Управління ризиками як важливий елемент системи управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я

Строкань А. М., Зуб В. О.

Організація системи управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я посідає значне місце в попередженні порушень, налагодженні ефективного та результативного виконання покладених завдань і функцій щодо надання безпечної та якісної медичної допомоги пацієнтам.

На сучасному етапі контроль якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я практично не виконує попереджувальної та профілактичної функції, а виступає, як правило, реєстратором порушень. Не випадково в перспективних напрямках розвитку національних систем охорони здоров'я, що рекомендовані експертами ВООЗ у 2014 р., управління ризиками щодо безпеки та якості медичної допомоги розглядається як головний пріоритет внутрішнього контролю / аудиту медичної діяльності та надання медичної допомоги.

Для правильного розуміння внутрішнього контролю / аудиту медичної діяльності та надання медичної допомоги слід зазначити, що цей контроль спрямований на своєчасне виявлення ризиків, які негативно впливають на здійснення медичної діяльності.

Реалізація повноважень щодо здійснення внутрішнього контролю / аудиту медичної діяльності та надання медичної допомоги можлива за умови створення в національній системі охорони здоров'я в цілому та на підконтрольному об'єкті (закладі охорони здоров'я) зокрема належного контрольного середовища, організованої контрольної діяльності з відповідними засобами контролю та спрямованої на виявлення та оцінку ризиків, з якими стикається підконтрольний об'єкт, при постійному наданні керівництву достовірної інформації, необхідної для прийняття управлінських рішень, і безперервним спостереженням за лікувально-діагностичною та профілактичною діяльністю з метою її вдосконалення.

Ризики є в діяльності всіх підконтрольних об'єктів – це ймовірність настання певної негативної події. Ця подія є невизначеною, тобто ступінь впливу відповідних факторів можна припустити, що не дає можливості визначити напевно результати діяльності. При цьому ймовірність настання бажаного результату існує – чим імовірніша подія, тим імовірніше отримання результату. При оцінці ризику необхідно передбачити настання втрат (погіршення стану здоров'я пацієнта, нераціональне використання обмежених матеріально-технічних і кадрових ресурсів), тобто зменшення вартості внаслідок настання небезпеки. Тобто управління ризиками спрямоване на недопущення небажаних результатів.

Ризики супроводжують діяльність закладу охорони здоров'я з моменту його створення. Існування ризику не обов'язково є причиною для занепокоєння. Для цього необхідно з'ясувати, які негативні наслідки можуть наступити. Зіткнувшись з ризиками, насамперед слід з'ясувати його зрозумілість і можливість контролювати. Такий ризик можна вважати виправданим.

Багато ризиків, на які наражається підконтрольний об'єкт, за своєю суттю властиві лікувально-діагностичній діяльності, і позбутися їх практично неможливо, проте в таких умовах необхідно оптимізувати співвідношення між ризиком і користю, максимізуючи дохідність для заданого рівня ризику або мінімізуючи ризик, який необхідно прийняти для забезпечення бажаного рівня медичної допомоги.

У практиці розрізняють чотири етапи управління ризиками: 1) виявлення ризику; 2) кількісна та якісна оцінка ризику; 3) контроль за ризиком; 4) моніторинг ризику.

Для управління ризиками можуть створюватися навіть окремі підрозділи закладу охорони здоров'я, наприклад, відділ контролю якості та ін., який у межах своїх функцій здійснює діяльність із виявлення, кількісної та якісної

оцінки, контролю та моніторингу ризиків. Управління ризиками потребує глибоких професійних знань у цій сфері, а тому для його оцінки необхідно в разі потреби розглядати можливість здійснення внутрішнього аудиту управління ризиками, інколи із залученням третіх осіб (тобто на умовах аутсорсингу).

У зв'язку з відсутністю на сьогодні чітко вироблених критеріїв оцінки ризиків для окремих підконтрольних об'єктів внутрішньому аудиту доводиться здійснювати власну оцінку ризиків після проведених консультацій з керівництвом закладу охорони здоров'я та посадовими особами.

Але підрозділ контролю якості медичної діяльності не повинен брати участі в управлінні ризиками, а лише допомагати керівництву структурних підрозділів (лікувально-діагностичних відділень) закладу охорони здоров'я в удосконаленні процесів управління ризиками. Така допомога може проявлятися в ідентифікації та аналізі ризиків, участі в процесі навчання медичного та допоміжного персоналу щодо управління ризиками та побудови ефективної системи внутрішнього контролю / аудиту в закладі охорони здоров'я. А прийняття відповідних управлінських рішень щодо ризиків покладено безпосередньо на керівника.

Управління ризиками – це той важливий напрям, на який орієнтуються світові тенденції внутрішнього контролю медичної допомоги. Кожний заклад охорони здоров'я повинен створити систему управління ризику і визначити той його допустимий рівень, який не перешкодить досягнути мети медичної діяльності. Система управління ризиками є не частою складовою управління підконтрольним об'єктом, що призводить до невинуватених втрат.

Усі країни – члени Європейського Союзу започаткували функцію внутрішнього аудиту в закладах охорони здоров'я, однак вона не обов'язково поширюється на всі сфери діяльності. Так і в національній системі охорони здоров'я нормативно-правове регулювання щодо управління ризиками на сьогодні не відповідає загальноєвропейським вимогам і потребує вдосконалення.

Гемотрансмісивні інфекції та їх профілактика в службі крові Збройних Сил України

Замковий А. Д.

Актуальність. Найважливішою проблемою сьогодення в сучасній трансфузіології є проблема гемотрансмісивних інфекцій. Оцінка ризику та заходи профілактики можливих інфекційних ускладнень – обов'язковий захід при проведенні гемотрансфузійної терапії.

Мета дослідження. Провести ретроспективний аналіз поширеності маркерів гемотрансмісивних інфекцій у донорів Збройних Сил України за матеріалами звітів підрозділів служби крові Міністерства оборони України.

Матеріали і методи. Об'єктом дослідження були інфекційні агенти, які передаються з кров'ю, її компонентами та препаратами. Провідне місце серед них займають віруси.

Розповсюдження маркерів гемотрансмісивних інфекцій у донорів Збройних Сил України

Обов'язкове обстеження донорів гемокомпонентів включає дослідження в донорській крові специфічних маркерів гемотрансмісивних інфекцій (анти-ВІЛ – 1/2, HbsAg, анти-ВГС, анти-БТ) і одного сурогатного – активності сироватки АЛТ. З 2013 року обстежено біля 15 979 донорів гемокомпонентів, біля 80 % з яких складають чоловіки віком до 23 років. Для дослідження в основному використовували діагностичні системи «Діапроф» і «Віпротест» для імуноферментного аналізу.

Розповсюдження маркерів гемотрансмісивних інфекцій представлено в (табл. 1) і дещо нижче від даних популяційних досліджень у цілому по Україні. Подібна закономірність характерна для донорського контингенту, який проходить попередній лікарський відбір. Розповсюдження маркерів гемотрансмісивних інфекцій серед осіб з протипоказаннями до донорства значно вище, тому користуватися донорським контингентом як контрольним не можна. Протягом указанного періоду в Збройних Сил України не виявлено випадків посттрансфузійних інфекційних ускладнень, що також свідчить про адекватність і ефективність проведеного обстеження донорів.

Таблиця 1

Розповсюдження маркерів гемотрансмісивних інфекцій

Маркер	2013 рік		2014 рік		2015 рік		2016 рік	
	n=3417		n=4173		n=4395		n=3994	
HbsAg	20	0,6	48	1,19	26	0,63	49	1,27
Анти-НСV	22	0,66	58	1,44	86	2,09	77	1,99
Анти-НIV	4	0,12	43	1,06	13	0,32	30	0,77
Біла трепонема	7	0,21	28	0,69	28	0,68	29	0,75

Із таблиці видно різке збільшення гемотрансмісивних інфекцій. До початку АТО донорська кров заготовлялася в основному у військових частинах і військово-навчальних закладах. Донорський контингент був більше

військовий. Відповідно до наказу Міністра оборони України від 14.08.2008 № 402 «Про затвердження Положення про військову службу у Збройних Силах України» всі військові обстежувалися на гемотрансмісивні інфекції, тому при заготівлі донорської крові брак був значно меншим. Під час проведення АТО більше донорів стало цивільних, які раніше на гемотрансмісивні інфекції не обстежувалися.

Структура донорських кадрів представлена в табл. 2.

Таблиця 2

Структура донорських кадрів

№ з/п	Найменування	2013	2014	2015	2016
1.	Офіцери та прапорщики	447	345	304	309
2.	Сержанти, рядові	1261	1083	1008	1014
3.	Курсанти ВНЗ	465	245	195	563
4.	Службовці ЗСУ	640	1148	1002	1008
5.	Цивільні	604	1352	2662	1100
6.	Усього	3417	4173	5171	3994

Слід звернути особливу увагу на профілактику більш широкого спектру інфекцій, насамперед цитомегаловірусної, тому що в широкій практиці військової трансфузіології лише починають використовувати лейкоцитарні фільтри, актуальним залишається завдання профілактики гемотрансмісивного токсоплазмозу (токсоплазма – облігатний внутрішньолейкоцитарний паразит).

Антитіла до цитомегаловірусу, за даними літератури, у донорів гемокомпонентів зустрічаються в 2 рази частіше (80,2 %), ніж антитіла до токсоплазми (37,2 %).

Слід мати на увазі, що, незважаючи на вдосконалення інфекційної безпеки гемокомпонентної терапії, неможливо повністю виключити ризик передачі інфекційних антитіл з компонентами та препаратами крові.

Необхідно впроваджувати в практику військової трансфузіології сучасні методи обстеження донорської крові – імунохемілюмінесцентний метод і метод полімеразно-ланцюгової реакції, що дасть змогу ще більше зменшити ризик передачі гемотрансмісивних інфекцій, а також застосовувати методи вірусної інактивації плазми та тромбоконцентрату тощо.

Особливе значення мають питання інфекційної безпеки гемотрансфузії в умовах надзвичайних ситуацій (природні та техногенні катастрофи, АТО

або особливий період). Необхідність якісного обстеження донорської крові є одним із стимуляторів розробки та вдосконалення методів тривалого зберігання гемокомпонентів, їх доставки та застосування в польових умовах.

Висновок. Таким чином, переливання крові, її компонентів і препаратів має потенційний ризик інфекційної контамінації реципієнта. Своєчасно проведені лікарем адекватні профілактичні заходи підвищують інфекційну безпеку трансфузійної терапії. У цілому проблема інфекційної безпеки – одна з найважливіших проблем сучасної трансфузіології, яка потребує комплексної науково-практичної розробки.

**Безпека пацієнтів: контроль якості лікарських засобів
і виробів медичного призначення за деякими мікробіологічними
показниками**

Сурмашева О. В., Ніконова Н. О., Олійник З. А.

Важливою складовою якості та ефективності лікування пацієнтів є безпека лікарських засобів і виробів медичного призначення, серед яких стерильність і відсутність бактеріальних ендотоксинів мають велике значення. Дослідженню на стерильність підлягають усі лікарські засоби для парентерального введення, очні краплі та мазі, ліки, що наносять на відкриту рану та ін., а також вироби медичного призначення (ВМП), що безпосередньо контактують з внутрішнім середовищем організму людини.

В Україні зазначеними питаннями, опікуються як виробники та імпортери вказаної продукції, так і Держлікслужба, що забезпечується діяльністю контролюючих лабораторій.

У ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України» контроль якості лікарських засобів та ВМП є цариною досліджень лабораторії якості продукції (зав. лабораторії – к.еон.н. Н. В. Останіна), яка співпрацює з лабораторією санітарної гігієни та дезінфектології (завідуюча – д.мед.н. О. В. Сурмашева). Партнерська співпраця цих лабораторій передбачає інтегральне дослідження якості лікарських засобів і виробів медичного призначення.

Лабораторія санітарної мікробіології та дезінфектології має «чисті» приміщення, де в умовах класів чистоти А, В, С і Д здійснюються дослідження лікарських препаратів і виробів медичного призначення.

Так, за період з 01.01.2012 по 01.01.2017 в лабораторії проведено випробування на стерильність 990 лікарських засобів і виробів медичного призначення. Дослідження здійснювалися за методами, рекомендованими Європейською Фармакопеею, Державною Фармакопеею України, Фармакопеею США та Британською Фармакопеею, за чинними на час дослідження редакціями.

Одержані результати свідчать, що 11 зразків ($1,11 \pm 0,11$) % лікарських засобів виявилися нестерильними, 4 з них являли собою імунобіологічні препарати, отримані з крові.

На наявність бактеріальних ендотоксинів у той самий період досліджено 291 лікарський засіб гель-тромб методом. За отриманими даними встановлено невідповідність нормативним документам в одному випадку, що відповідає ($0,34 \pm 0,33$) %.

Слід зазначити, що в галузі вказаних досліджень існують деякі нерозв'язані питання стосовно проведення досліджень. Здебільшого це відсутність у супровідній до препаратів нормативній документації розроблених методик, невідповідність наданих методик сучасним вимогам фармакопеї, нерідко є лише посилання на загальну фармакопейну методологію, що значно ускладнює та гальмує здійснення випробувань. Вважаємо, що питання обов'язкового надання в МКЯ конкретних методик потрібно внести до порядку денного контролю якості лікарських засобів.

Наведені дані свідчать про необхідність подальшого моніторингу певних форм лікарських засобів і виробів медичного призначення на стерильність і наявність бактеріальних ендотоксинів для гарантування безпеки пацієнтів та вдосконалення контролю якості медичних препаратів і виробів медичного призначення.

Аналіз стану безпеки працівників у виробничому процесі (на прикладі працівників медичних закладів)

Майстренко В. В., Сторож Я. Б.

У Рекомендації МОП № 31 «Про запобігання нещасним випадкам на виробництві» встановлено, що одержання та аналіз статистичних даних про нещасні випадки на виробництві є першим кроком на шляху до зниження рівня виробничого травматизму.

Розроблена лабораторією інформаційних систем ДУ «ННДІПБОП» підсистема «Повідомлення» інформаційно-аналітичної системи Держпраці призначена для виконання всіх операцій з обробки даних про випадки виробничого травматизму, які підлягають спеціальному розслідуванню, а саме: смертельні та групові нещасні випадки, а також нещасні випадки з тяжкими наслідками та аварії. Підсистема встановлена на рівні центрального апарату Держпраці та в територіальних управліннях.

Основні функції підсистеми:

- формування бази даних про виробничий травматизм за матеріалами спеціальних розслідувань;

- накопичення (занесення) інформації до бази даних;
- редагування інформації в базі даних;
- аналіз виробничого травматизму за різними ознаками, формування оперативних довідкових документів;

- формування звітів про виробничий травматизм;
- створення вибірок та документування інформації (друк, експорт в Excel).

У підсистемі використовуються класифікатори, передбачені Порядком розслідування та ведення обліку нещасних випадків, професійних захворювань і аварій на виробництві, а також загальнодержавні класифікатори КОАТУУ, КОДУ та інші.

Під час проведення аналізу виробничого травматизму розглядаються:

- динаміка зміни показників виробничого травматизму за видами нагляду та територіальною ознакою;
- причини нещасних випадків, пов'язаних з виробництвом (як смертельних, так і тяжких);
- розподіл нещасних випадків за видами подій, унаслідок яких сталися випадки травматизму на виробництві;
- розподіл нещасних випадків за професіями.

Аналіз проводиться в динаміці коефіцієнтів травматизму (Кт, Кч та ін.).

У доповіді проаналізовано стан травматизму серед медичних працівників за даними нещасних випадків, зафіксованих інформаційною системою «Повідомлення» у 2016 році. Найбільша кількість потерпілих медичних працівників від нещасних випадків у Дніпропетровській і Житомирській областях, смертельних випадків – у Донецькій і Полтавській областях. Найбільш травмонебезпечними професіями медичних працівників є лікарі, медичні сестри та фельдшери. До групи ризику належать також водії медичного автотранспорту.

За результатами розподілу нещасних випадків зі смертельними наслідками за професіями медичних працівників найбільш уразливою групою є лікарі (4 потерпілих) та медичні сестри (10 потерпілих).

За результатами аналізу травматизму медичних працівників нещасні випадки з технічних причин склали 2 % від загальної кількості, з організаційних причин – 41 %, а з психофізіологічних причин – 57 %.

Серед організаційних причин необхідно виділити порушення правил дорожнього руху – 21 % від загальної кількості нещасних випадків, серед психофізіологічних причин – незадовільні фізичні дані або стан здоров'я – 23 % від загальної кількості нещасних випадків.

Найпоширеніші події, внаслідок яких сталися випадки смертельного травматизму: пригоди (події) на транспорті, падіння потерпілого, дія шкідливих і токсичних речовин, навмисне вбивство або травма, заподіяна іншою особою, самогубство, погіршення стану здоров'я.

Запропонований підхід дає можливість провести детальний аналіз стану виробничого травматизму для конкретного виду події, визначити професії, які для такої події мають найвищий ризик отримання травми, та галузі нагляду, що потребують посилити профілактичну роботу зі зниження рівня травматизму.

У результаті впровадження системи досягнуто:

- скорочення часу, що витрачають фахівці на збір та обробку даних, а також на формування звітності;
- забезпечення оперативності та об'єктивності аналізу стану виробничого травматизму;
- наукове обґрунтування планування державного нагляду на основі прогнозування тенденцій і завчасної ідентифікації небезпек.

Перехід до автоматизованої технології дозволяє скоротити витрати часу на ці роботи до 5 %.

Опыт единой интегрированной системы неотложной медицинской помощи в Словакии

*Лабаш П., Бойко В. В., Замятин П. Н.,
Дубровина Н. А., Замятин Д. П.*

В Украине одной из важнейших задач обеспечения безопасности пациентов является своевременное оказание доврачебной и первой медицинской помощи, транспортировка пациентов в тяжелом и критическом состояниях в специализированные медицинские учреждения, оснащенные необходимой современной техникой для диагностики, реанимации и соответствующего лечения таких пациентов. В связи с этим целесообразно изучение опыта других стран, в частности Словакии, где функционирует единая интегрированная система спасения и неотложной медицинской помощи [1, 2].

В рамках единой интегрированной системы спасения и неотложной медицинской помощи в Словакии задействованы непосредственно как медицинские спасательные службы, так и полицейские, а также пожарные службы. Данная единая интегрированная система спасения и неотложной медицинской помощи в Словакии действует начиная с 2002 г., когда проводились комплексные реформы и мероприятия при подготовке страны к вступлению в Евросоюз [4]. Главный операционный центр медицинской спасательной службы Словакии (Operačné stredisko záchrannej zdravotnej služby Slovenskej republiky) находится в Братиславе и входит в резорт Министерства здравоохранения Словакии. Далее, согласно административно-территориальному делению Словакии на 8 регионов (краев), в админист-

ративном центре каждого из них находится региональный операционный центр медицинской спасательной службы. Специализированная сеть амбуланций медицинской спасательной службы распределена на территории Словакии и составляет 280 учреждений. Специализированная высококвалифицированная неотложная медицинская помощь оказывается в специальных отделениях медицинских центров или университетских клиник, расположенных в административных центрах краев. В системе медицинской спасательной службы занято непосредственно около 2 тыс. медицинских спасателей, подготовка которых осуществляется средними медицинскими школами. Высшие учебные медицинские учреждения готовят специалистов с высшим медицинским образованием по специальности «Ургентная медицина» [4].

При возникновении несчастного случая, травмы, пожара и других подобных ситуаций пострадавший или окружающие могут набрать единый номер службы спасения в Европе – 112 или же номер 155 – службы скорой медицинской помощи. Оператор непосредственно передаст информацию бригадам, находящимся в непосредственной близости от места происшествия. С помощью специального программного обеспечения определяется автоматически локализация машин, находящихся в близости от места происшествия. При этом в задачи оператора входит держать постоянный контакт с теми, кто сообщил о несчастном случае, другой ситуации, связанной с угрозой жизни и здоровья пострадавшего, консультировать пострадавшего или лиц, находящихся рядом, что нужно делать в том или ином случае. Специальная подготовка операторов таких центров проходит в течение одного месяца, и операторы этих центров должны иметь медицинское образование и опыт работы, часто дополнительным требованием является знание одного или нескольких иностранных языков. В зависимости от тяжести случая оператор сообщает о его типе (К – критическое состояние, N – неотложное состояние, M – состояние, которое не является критическим или неотложным) бригадам, которые выезжают на место происшествия. В течение года на территории Словакии осуществляется до 500 тысяч выездов машин скорой помощи. Задача бригады прибыть на место происшествия как можно скорее, до 10–12 минут, причем согласно нормативам ЕС медиана значений данного показателя (50 % случаев прибытия машин с бригадами спасателей или медиков) не должна превышать 8 минут. Такой временной показатель учитывается при выезде каждой бригады и затем обобщается по территориям и регионам Словакии.

Особые требования в Словакии выдвигаются к специализированному медицинскому транспорту, обеспечивающему перевозку пострадавших и возможность проведения реанимационных мер в пути. В настоящее время современный медицинский транспорт для перевозки таких тяжелых пациентов

должен быть оснащен следующими аппаратами: при подготовке к кардиохирургической операции – ECMO, Biomedicus pump, Abiomed BVS 5000 VAD; при подготовке к трансплантации или destination therapy – HeartWare, Thoratec VAD, Micromed DeBakey VAD; при остановке кровотечения – Cardiohelp, HeartMate II VAD, BerlinHeart EXCOR; при длительной искусственной поддержке деятельности сердца – CardioWest TAH, Abiocor TAH [3].

Рассмотренный опыт Словакии может быть интересен для совершенствования системы неотложной помощи в Украине.

Литература

1. Dobiáš V. a kolektiv. Prednemocničná urgentná medicína. Osveta, Martin. 2012. 740 s.
2. Štětina J. a kolektiv. Zdravotníctví a integrovaný záchranný systém pri hromadných nešťestích a katastrofách. Grada Publishing. Praha. 2014. 558 s.
3. Torok P. a kolektiv. Zásady transportu kriticky chorých a pacientov s obehovou ventilačnou podporou v záchrannárskej praxi. Osveta, Martin, 2015. 140 s.
4. VÝROČNÁ SPRÁVA OPERAČNÉHO STREDISKA ZÁCHRANNEJ ZDRAVOTNEJ SLUŽBY SLOVENSKEJ REPUBLIKY ZA ROK 2015 Bratislava. 2016.

Виробничий травматизм у медичній сфері в Україні: стан і тенденції

*Скалецький Ю. М., Риган М. М.,
Майстренко В. В., Різник К. С.*

Технології, що використовуються в медичній практиці, дають великі можливості для діагностики та лікування захворювань, але часто є потенційно небезпечними для персоналу та хворих. Прикладом цього може бути аварія (18 січня 2010 р.), яку спричинив вибух балона з киснево-повітряною сумішшю і яка призвела до загибелі 16 осіб і руйнування однієї з будівель 7-ї міської лікарні м. Луганська.

Періодичне видання «Довідник спеціаліста з охорони праці» повністю присвячене питанням техногенної безпеки, гігієни та охорони праці. Періодично результати досліджень щодо гігієни та охорони праці друкуються в журналах «Управління закладом охорони здоров'я», «Український журнал з проблем охорони праці» та інших. Разом з тим спроби відшукати наукові публікації, присвячені виробничому травматизму в охороні здоров'я, не увінчались успіхом.

У деяких Щорічних доповідях про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України ця проблема висвітлюється, але це стосується окремих регіонів за пе-

ріод не більше півроку. Щорічні аналітичні доповіді про стан техногенної безпеки та природної безпеки в Україні аналізують виробничий травматизм у соціально-культурній сфері та торгівлі в цілому, куди входить і медична сфера.

Це також не дає уявлення про ситуація з травматизмом у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ), хоч відмічається, що цей показник у соціально-культурній сфері має тенденцію до зростання.

Мета нашої роботи – проаналізувати стан виробничого травматизму в ЗОЗ за 2006–2015 роки.

Показники загального і смертельного виробничого травматизму в медичній сфері за 2006–2015 роки отримані з інформаційно-аналітичної системи Держпраці й відображені на рис. 1.

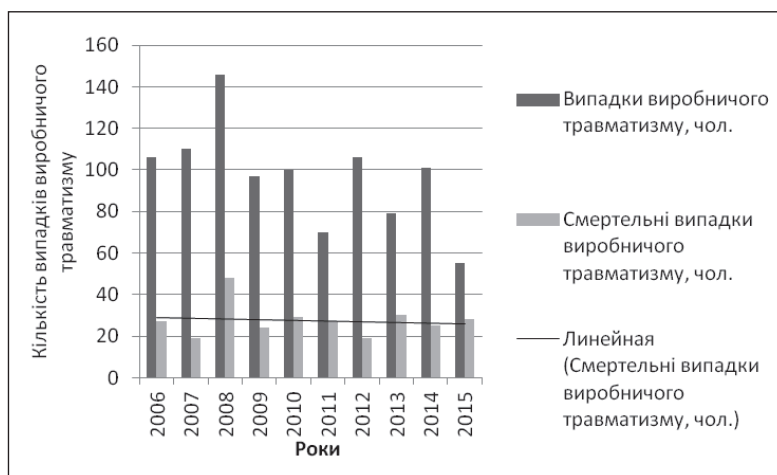


Рис. 1. Динаміка загального та смертельного виробничого травматизму в медичній сфері у 2006–2015 роках

Рівень загального травматизму в ЗОЗ коливався в межах від 55 випадків у 2015 році до 146 випадків у 2008 році, а рівень смертельного травматизму – від 19 випадків у 2007 та 2012 роках до 48 випадків у 2008 році.

У цілому рівень смертельного травматизму в медичній сфері порівнянний зі смертельним травматизмом промислово розвинутих областей (Київська, Львівська) чи таких потенційно техногенно небезпечних галузей, як енергетика й транспортна сфера.

Лінія тренду на графіку динаміки травматизму в медичній сфері практично паралельна осі абсцис, що свідчить про стабільність ситуації, при тому,

що в Україні в цілому виробничий травматизм знизився з 1077 випадків у 2007 році до 375 випадків у 2015 році (значно більше, ніж у 2 рази). А якщо врахувати, що після 2014 року кількість лікувальних закладів і персоналу зменшилася за рахунок АРК, непідконтрольних Україні районів Донбасу та скорочення ЗОЗ у ході реформи, то показники виробничого травматизму в охороні здоров'я мають тенденцію до зростання.

Досвід попередження надзвичайних ситуацій в авіації показав, що чим більше повідомлень про інциденти (навіть ті, що не мали негативних наслідків), тим менше тяжких аварій. Це розуміють у економічно розвинутих країнах, а тому за рубежом показники загального травматизму та смертельного співвідносяться як 1000 до 1, а в Німеччині – 2000 до 1. В Україні цей показник становив у 2015 році 11, 36 до 1, а в медичній сфері – менш як 2 до 1.

За даними Кундієва Ю. І. та ін. (2010) загальний травматизм у країнах Заходу вищий, ніж в Україні, у 12 разів, а рівень смертельного травматизму значно нижчий. На думку авторів, це свідчить про те, що більшість нещасних випадків в Україні не розслідується і не береться на облік (а від себе додамо – або переводять у розряд побутових).

Доречною тут буде фраза: «Ви не можете вчитися і вдосконалюватися, якщо Вам невідомо, що є проблеми» (<http://www.npsa.nhs.uk/nrls/patient-safety-incident-data/organisation-reports/organisation-patient-safety-incident-reports/?EntryId33=25588>).

Тому за нинішнього ставлення до реєстрації та аналізу виробничого травматизму в Україні в цілому та медичній галузі зокрема навряд чи можна очікувати принципового покращання умов праці медичного персоналу.

Загальновідомо, що концепція культури безпеки серед іншого передбачає культуру реєстрації інцидентів, то можна припустити, що з культурою безпеки в медичній сфері є певні проблеми.

За таких умов виникає сумнів щодо можливості реалізації і ризик-орієнтованого підходу як інструменту покращання промислової безпеки та охорони праці (розпорядження Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 р. № 419).

Мультимодальная стратегия программ инфекционного контроля

Анчишкин А. И.

Мультимодальная стратегия (Multimodal Strategies) является приоритетом и одним из основных компонентов руководящих принципов программ профилактики инфекции и инфекционного контроля (ППИК-ИРС) 2016 года

Всемирной организации здравоохранения для национального (регионального) уровня и учреждений медико-санитарной помощи.

Суть мультимодального подхода как варианта системного подхода позволяет определять и через доказательные вмешательства эффективно влиять на заинтересованных лиц в области инфекционной безопасности.

ВОЗ апробировала мультимодальную стратегию для улучшения гигиены рук. Было продемонстрировано, что медицинский работник имеет физические возможности для легкого соблюдения гигиены рук в рабочем процессе в нужное время, люди обучены, когда и что делать, в противном случае это просто не будет работать. Таким образом, нужно создать **систему**, которая позволяет соблюдать гигиену рук, и **научить** людей правильным процедурам, а также **проверить**, работает ли подход, тогда возможно вмешательство или нет. ВОЗ также ввела использование широкомасштабных **визуальных подсказок к действию** для напоминания и принятия необходимых действий.

В результате мы имеем больше чем один подход (система, обучение, контроль и напоминание) – следовательно, мультимодальный. Тем не менее, есть еще один ингредиент, – **институциональный климат безопасности** (культура), что имеет решающее значение в поддержке всех других элементов стратегии. Исследования ВОЗ показали, что успешные мультимодальные стратегии для улучшения гигиены рук являются рентабельными, и финансовые инвестиции для кампаний были очень незначительные по сравнению со стоимостью инфекций, связанных с медицинской помощью (ИСМП).

Мультимодальная стратегия как инструмент подходит для убеждения лиц, принимающих решения и влияющих на политику, для решения проблем ИСМП, которые имеют повсеместно низкий политический приоритет. Без изменения политики и финансирования программ ИСПМ не может быть решения проблемы.

Это адвокация интересов в инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала через анализ и влияние на 7 модальностей, по А. Лазарусу, (BASIC I.D.):

1. Поведение (B-behavior) – внешние действия, поведение, жесты и посылки человека, которые можно наблюдать и регистрировать.

2. Эмоции (A-affect) – состоит из эмоций, чувств и настроений.

3. Ощущения (S-sensation) – включает все модальности ощущений (слух, зрение, обоняние, осязание, вкус, тактильную и проприоцептивность), в результате которых складываются образы.

4. Представления (I-imagery) – повторяющиеся сны, мечты, воспоминания, включая представления о самом себе, которые могут быть как приятными, так и неприятными.

5. Когниции, мысли (C-cognition) – идеи, ценности, мнения и установки относительно самого себя и других людей.

6. Межличностные отношения (I-interpersonal relationships) – отношение человека к другим людям, межличностные связи с друзьями, знакомыми, родственниками, начальством, властями и т. д.

7. Лекарственные и биологические факторы (D-drugs and biological factors) – биологический статус личности, включая медицинские препараты, которые он принимает, пищевые привычки, возможно зависимости.

Важность поведенческих наук, а мультимодальный подход возник из их достижений, используется во многих отраслях деятельности. Например, в 2015 году Президент Б. Обама предписал правительственным учреждениям использовать поведенческие науки, чтобы «лучше служить американскому народу».

Вывод. Фокус на мультимодальной стратегии в новых руководящих принципах ВОЗ является эффективным подходом к решению проблемы профилактики инфекций и инфекционного контроля, возможность применения нового подхода на национальном, региональном уровне и в любом учреждении при общеизвестных мероприятиях инфекционного контроля – обучение, надзор, аудит, мониторинг и другие.

Литература

1. Всемирный банк. 2015 год. Доклад о мировом развитии 2015 «Мышление, общество и поведение». – URL: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/20597/WDR2015Overview-Russian.pdf>
2. Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия. – СПб. : Речь, 2001. – 256 с. – URL: <http://www.klex.ru/634>
3. Руководство по внедрению мультимодальной стратегии ВОЗ по улучшению гигиены рук. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2012. – URL: http://www.who.int/gpsc/5may/tools/implementation_guide/ru/
4. Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level. Geneva: World Health Organization; 2016. – URL: <http://www.who.int/entity/gpsc/ipc-components-guidelines/en/index.html> (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251730/1/9789241549929-eng.pdf>)
5. May J., et al. Solving public problems through behavioral science. May 2016.
6. URL: <http://www.mckinsey.com/industries/public-sector/our-insights/solving-public-problems-through-behavioral-science>

Інструменти надання карт-повідомлень про випадки побічних реакцій лікарських засобів і процеси їх аналізу

*Матвеева О. В., Логвіна І. О., Хоромська О. Л.,
Фіголь Л. О., Кашуба О. В.*

Відповідно до положень Порядку здійснення нагляду за побічними реакціями лікарських засобів, дозволених до медичного застосування, затвердженого наказом МОЗ України 27 грудня 2006 р. № 898, (зі змінами) до ДП «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України» (далі – Центр) надходить інформація з безпеки та ефективності лікарських засобів (далі – ЛЗ) від медичних працівників, фізичних осіб – підприємців, які здійснюють господарську діяльність з медичної практики, закладів охорони здоров'я, заявників, пацієнтів та/або їх представників, організацій, що представляють інтереси пацієнтів, Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, співробітників із фармаконагляду Центру в регіонах.

Лікарі, провізори, фельдшери, акушери, фармацевти, медичні сестри всіх закладів охорони здоров'я незалежно від форм власності повідомляють про будь-які випадки побічних реакцій, відсутності ефективності ЛЗ, вакцину та туберкулін, несприятливі події після імунізації, заповнюючи відповідну форму № 137/о, затверджену наказом МОЗ України 27 грудня 2006 р. № 898 – Карту-повідомлення про побічну реакцію та/або відсутність ефективності лікарського засобу, вакцину та туберкулін та/або несприятливу подію після імунізації. Карта-повідомлення подається в паперовому та/або електронному вигляді. Електронну форму карти-повідомлення можна знайти за посиланням: <https://aisf.dec.gov.ua>. Автоматизована система фармаконагляду (АІСФ) є сучасним інструментом, розробленим з метою оптимізації надання повідомлень про випадки побічних реакцій (ПР) та/або відсутності ефективності (ВЕ) лікарських засобів (ЛЗ). До переваг АІСФ належать: його максимальна наповненість довідниками, реєстрами та класифікаторами, простота використання, можливість обміну інформацією.

Карти-повідомлення, що надійшли до Центру, аналізуються у відділі оцінки повідомлень з безпеки Департаменту фармаконагляду.

У випадку, коли інформація походить з одного або декількох джерел (у тому числі спостережень і досліджень), що свідчить про виявлений новий потенційний зв'язок або новий аспект відомого зв'язку між ЛЗ і явищем або сукупністю взаємопов'язаних явищ, як несприятливих, так і сприятливих, і яка вважається достатньо достовірною, щоб обґрунтувати її перевірку, формується сигнал.

Відділ оцінки повідомлень з безпеки при проведенні аналізу інформації, зазначеної в карті-повідомленні, з метою з'ясування достовірності зазначених у ній даних про побічні реакції та/або відсутність ефективності ЛЗ надає запити та отримує копії документів, включаючи первинну облікову медичну документацію, від медичних працівників, закладів охорони здоров'я, заявників, пацієнтів та організацій, що надали таку інформацію.

Слід зазначити, що у 2016 році порівняно з 2015 роком характерна тенденція до більш сумлінного та позитивного ставлення керівників закладів охорони здоров'я до запитів про надання додаткової інформації, включаючи первинну облікову медичну документацію, щодо випадків побічних реакцій. Це стосується як летальних, так і інших випадків побічних реакцій та відсутності ефективності.

Також спостерігається зменшення кількості карт-повідомлень, що не підлягають внесенню у базу повідомлень, завдяки більш якісному та повноцінному заповненню повідомлювачами форм № 137/о. Так, порівняно з періодом 01.01–15.09.2015 та 01.01–15.09.2016 кількість карт-повідомлень, що не підлягають внесенню в базу даних про ПР Центру, знизилася на 15%. Однак відмічається збільшення повідомлень з дублюючою інформацією.

Кількісний показник надходження карт-повідомлень до Центру за вказаний період порівняно з 2015 роком збільшився на 4000 повідомлень.

Відмічається тенденція до збільшення повідомлень про випадки побічних реакцій при застосуванні протитуберкульозних ЛЗ, це пов'язано зі збільшенням прихильності медичних працівників цих закладів охорони здоров'я до системи фармаконагляду в Україні.

ПРЕЗЕНТАЦІЇ

Сталий розвиток та цілі сталого розвитку в Україні 2015–2030

Король Н. О.

Слайд 1

Історія становлення

Перша конференція ООН з навколишнього середовища (Стокгольм, червень 1972).

Зазначено зв'язок економічного та соціального розвитку з проблемами навколишнього середовища

За підсумками конференції було прийнято Декларацію Конференції ООН з проблем навколишнього середовища, яка містила 26 принципів і план дій з 109 пунктів. У принципах вперше було наведено перелік законів з природоохоронної діяльності на державному та міжурядовому рівнях. Конференція в Стокгольмі поклала початок розвитку природоохоронної політики на державному рівні, а також природоохоронного руху в світовому масштабі.

Цей документ є результатом політичної домовленості держав. Він не має обов'язкової юридичної сили, але виражає політичні установки, визнані державами.

Декларація складається з преамбули і 26 принципів. У преамбулі підкреслено глобальний характер проблем охорони навколишнього середовища і, незважаючи на те, що приводом до конференції стала стурбованість світового співтовариства стосовно погіршення навколишнього середовища, у Декларації висловлена впевненість у здатності людства використати свої знання, досягнення науки і техніки для збереження й покращення навколишнього середовища.

План Дій є програмним документом, який містить 109 рекомендацій вирішення екологічних проблем, що стосуються планування населених пунктів з урахуванням якості навколишнього середовища та управління природними ресурсами; визначення забруднювачів, що мають міжнародне значення, і боротьбу з ними; освітніх, інформаційних, соціальних і культурних аспектів проблем навколишнього середовища тощо.

Слайд 2

Доповідь Брундтланд — це доповідь *Всесвітньої комісії з питань навколишнього середовища та розвитку «Наше спільне майбутнє»*, прийнята 42-ю сесією Генеральної Асамблеї ООН у серпні 1987 р., названа так за іменем голови Комісії, тодішнього прем'єр-міністра Норвегії Гро Харле

Брундтланд. На основі цієї доповіді був підготовлений під егідою ЮНЕП меморандум під назвою: *«Екологічна перспектива на період до 2000 р. і далі»*. Обидва ці документи мали парадигмальний вплив на стиль мислення доби, особливо політичних діячів, й істотно вплинули на напрям і характер природоохоронних рішень у світі в цілому та його окремих регіонах зокрема, на формування сучасної екологічної культури. У своїй сукупності вони окреслили не лише засади стратегії стійкого розвитку суспільства і природи, а й правові принципи охорони навколишнього середовища і забезпечення розвитку, влаштування буття на засадах культури та еволюції, своєрідної культурно-еволюційної реальності.

Суть пропонуєваних правил зводиться до наступного:

- проголошено, що всі люди мають основне право на навколишнє середовище, сприятливе для їхнього здоров'я та добробуту;
- обов'язком держави є забезпечення цього права як для нинішнього, так і наступних поколінь;
- держави відповідальні одна перед одною та перед міжнародним співтовариством за використання, збереження спільного природного потенціалу;
- усі суперечки відносно навколишнього середовища держави розв'язуються мирним шляхом.

Таким чином, у доповіді Брундтланд *пріоритетом виступає не сама охорона довкілля, а права людини щодо адекватного їй навколишнього природного середовища*, що різко посилює самі вимоги щодо охорони природи. Визначено й гарант забезпечення прав людини в цій галузі – спочатку держава, а потім – і світове співтовариство. Таким чином, постулат «не людина для держави, а держава для людини» наповнився новим, еколого-валеологічним змістом.

Слайд 3

Що таке сталий розвиток?

Поява терміну «сталий розвиток»

1987 рік – прем'єр-міністр Норвегії Гру Харлем Брундтланд сформулювала поняття «sustainable development» (сталий розвиток) у звіті «Наше спільне майбутнє».

Сталий розвиток у формулюванні ООН – це розвиток суспільства, що дозволяє задовольняти потреби нинішнього покоління, не наносячи при цьому шкоди можливостям майбутніх поколінь для задоволення їхніх власних потреб.

Що включає в себе поняття сталого розвитку? По-перше, це системна соціальна доктрина, яка спрямована на зміну стосунків людини та природи задля *розширення* можливостей *економічного зростання*. По-друге, економічний і соціальний розвиток має забезпечувати виживання людства, *збереження і відновлення природного потенціалу*.

Парадигма сталого розвитку включає в себе вимоги до захисту довкілля, соціальної справедливості та відсутності расової й національної дискримінації. У країнах, де на державному рівні зазначені вимоги ігноруються, в поняття сталого розвитку намагаються вкласти «зручний» зміст, вихолощуючи справжній. Так в Україні термін «сталий розвиток» часто вживають для означення лише неухильного зростання економічних показників країни, її регіонів, міст, сіл та окремих галузей економіки. Інколи до цього додають здійснення безсистемних заходів щодо збереження довкілля та поліпшення санітарних умов проживання й праці людей. Таке тлумачення терміну розкритиковане Г. Дейлі і є не лише грубою помилкою, але і його профанацією.

Історія становлення

Конференція ООН з навколишнього середовища і розвитку (Ріо-де-Жанейро, 1992 рік).

«Декларація Ріо» закріпила 27 найважливіших принципів охорони довкілля у контексті забезпечення сталого розвитку.

У червні 1992 р. у Ріо-де-Жанейро відбулася Конференція ООН з навколишнього середовища та розвитку, яка ухвалила підсумковий документ — *Декларацію Ріо*. Головна риса цього форуму – найвищий рівень представництва: на конференції були присутні делегації практично всіх держав – членів ООН, причому їх очолювали керівники країн. Українську делегацію очолював тодішній Голова Верховної Ради України І. С. Плющ, який виступив на конференції зі спеціальною доповіддю.

Декларація Ріо містить 27 принципів, які визначають ставлення ООН до проблем навколишнього природного середовища та розвитку. Вже перший принцип проголошує: «Турбота про людей займає центральне місце в зусиллях щодо забезпечення сталого розвитку. Вони мають право на здорове та плодотворне життя в гармонії з природою».

Декларація розгортає цю тему, наголошуючи на механізмах досягнення закріплених екологічних прав людини. Особливий наголос тут робиться не лише на функціях держави щодо власних громадян, а й усього міжнародного співтовариства перед цивілізацією. Важливим є те, що Декларація передбачає захист природного середовища та ресурсів навіть для народів, що живуть в умовах гніту та несвободи. Інакше кажучи, ставлення до ресурсів країни вже перестає бути суто її внутрішньою справою, але становить предмет занепокоєння міжнародного співтовариства. Тут, власне, проступає загальна тенденція зміни статусу ООН, міжнародних інституцій взагалі, які пов'язані зі значною активізацією їх діяльності та рішучими діями в оборону прав і свобод людей у «гарячих» точках планети. Для України принципи Декларації Ріо мають виняткове значення, оскільки відомо, що нашій державі не під силу впоратися з існуючими екологічними проблемами, особливо з наслідками Чорнобильської катастрофи. Це проблема, яка зачіпає інтереси багатьох

країн світу, має і розв'язуватися їхніми спільними скоординованими зусиллями. Поряд з тим, кожна з країн, що підтримали Декларацію, своєю власною мудрою природоохоронною політикою вносить свою частку в забезпечення сталого, збалансованого розвитку людства в цілому. На цій конференції від імені нашої країни зазначалося: «будуючи нову, незалежну Україну як державу, інтегровану в європейське і світове співтовариство, ми будемо світ XXI століття – світ співпраці, взаємодопомоги та глобального екологічного партнерства вільних і рівних народів Землі – планети, яку маємо захистити як найкращий витвір Бога й Природи в безмежному й холодному Космосі». Декларація Ріо об'єднує країни та народи в досягненні поставлених цілей, гуртує їх у всепланетну єдність будівничих своєї власної домівки.

Слайд 4

Всесвітній саміт тисячоліття (Нью-Йорк, 2000 рік).

Визначено Цілі Розвитку Тисячоліття до 2015 року 189 країн, у тому числі України.

Слайд 5

Глобальні ЦРТ були адаптовані для України, враховуючи її особливості. До **2015 року: 6** Цілей, **13** завдань, **33** показники.

Слайд 6

Аналіз досягнення Україною поставлених ЦРТ цілей свідчить, що досягнутий прогрес не є всеохоплюючим:

- беззаперечні успіхи у зменшенні дитячої смертності, в обмеженні епідемій ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу;
- значними є досягнення в покращанні здоров'я матерів;
- вдалося поліпшити розвиток довкілля;
- натомість не вдалося забезпечити якісну освіту впродовж життя, досягти гендерної рівності та подолати бідність.

Україна відразу поставила собі значно амбітніші завдання, ніж ті, що були передбачені ЦРТ, і піднімала планку потім.

Слайд 7

Конференція ООН зі сталого розвитку у Ріо-де-Жанейро, 2012 рік.

Зустріч на вищому рівні «Ріо +20» буде проводитися на підставі рішення Генеральної Асамблеї ООН, прийнятому в 2009 році, і присвячена чотирьом питанням:

- огляду ходу виконання зобов'язань;
- новим проблемам;
- екологізації економіки в контексті ліквідації бідності та сталого розвитку;

- інституційній базі сталого розвитку.

У 2012 році, через двадцять років після історичної зустрічі на вищому рівні «Планета Земля», світові лідери знову зберуться в Ріо-де-Жанейро, щоб:

- забезпечити відновлення політичної прихильності концепції сталого розвитку;

- оцінити прогрес, виявити прогалини у виконанні вже прийнятих зобов'язань і вирішити нові проблеми, які виникають.

«Ріо +20» буде зосереджена на двох темах: зеленої економіки в контексті сталого розвитку та викоринення злиднів та інституційної основи для сталого розвитку.

Слайд 8

Підсумковий документ конференції, що був затверджений 66 Генеральною Асамблеєю ООН «**Майбутнє якого ми прагнемо**».

Сталий розвиток і майбутнє України

У *короткостроковій перспективі* стратегічною метою сталого розвитку України має бути подолання економічної та структурної кризи, що розвинулися в період переходу до ринкової економіки та демократичного громадянського суспільства. Для досягнення сталого розвитку необхідний комплексний підхід:

(і) екологічна безпека: стратегічна мета – збереження та відновлення природних екосистем, стабілізація та поліпшення якості навколишнього середовища, зниження викидів шкідливих речовин і т.д.;

(ii) економічна стабільність: метою є створення соціально й екологічно ефективної економіки, що забезпечує гідний рівень життя громадян, конкурентноздатність продукції. Важливою цільовою настановою має стати забезпечення економічного розвитку переважно на вже освоєних територіях;

(iii) соціальне благополуччя: основною метою є збільшення середньої тривалості життя населення, планування родини та раціоналізація особистого споживання, поліпшення середовища існування людини, розвиток його соціальної активності, забезпечення рівних можливостей в одержанні медичної допомоги, соціальний захист уразливих груп населення.

У *довгостроковій перспективі* акценти розвитку будуть зміщуватися з економічних на еколого-соціальні та з матеріальних на духовно-моральні й інформаційні. Почне формуватися нове суспільство, що є першим етапом становлення ноосфери, думки про яку висловлював В. І. Вернадський.

Слайд 9

25.09.2015 в Нью-Йорку 193 держави – члени ООН одностайно прийняли новий Порядок денний у сфері сталого розвитку на період 2015+.

Нові 17 цілей (ЦСР) розроблено на заміну ЦРТ, що діяли упродовж останніх 15 років.

У ЦСР значно більше уваги приділяється екології.

На відміну від ЦРТ, що були орієнтовані виключно на країни з найнижчим рівнем розвитку, ЦСР передбачає завдання й для розвинутих країн.

Слайд 10

Визначений на 2015–2030 роки порядок денний, його конкретизація у **17 цілях** та **169 завданнях** передбачають не тільки вимірювання загального прогресу країни, а й можливості порівняння успіхів для окремих груп населення: різного віку і статі, різної етнічної приналежності, різної освіти, з різними доходами, з різних місць проживання.

Слайд 11

Вимоги до побудови національної системи ЦСР, виходячи з уроків ЦРТ.

- Кожна ціль конкретизується в завданнях (бажано не більше 8–10).
- Глобальні завдання, що не є релевантними для України, конкретизуються та уточнюються.
- Розв’язання кожного завдання характеризується індикаторами (бажано не більше 2–3).
- Не варто орієнтуватися виключно на індикатори Держстату.
- Індикатори мають надавати можливості кількісного оцінювання досягнутих результатів.
- Мають бути заздалегідь визначені цільові (порогові) значення, яких країна досягне в 2020, 2025 і 2030 рр.

Необхідно передбачити можливість налагодження моніторингу.

Слайд 12

Основні учасники процесу:

Реалізація та досягнення цілей сталого розвитку стосується кожного.

Уряд на центральному та регіональному рівнях, парламент.

Неурядові організації, волонтерські та жіночі організації, медіа, наукові кола на центральному та місцевому рівнях.

Партнери розвитку та донори.

Слайд 13

Веб-сайт про Цілі сталого розвитку в Україні: <http://sdg.org.ua/>

Слайд 14

Ціль 3. Забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю для всіх у будь-якому віці

Слайд 15

Від Цілей Розвитку Тисячоліття до Цілей Сталого Розвитку (ЦСР)

Цілі Розвитку Тисячоліття – лімітована кількість цілей щодо елімінації бідності, покращення здоров'я, освіти, безпеки харчових продуктів та здорового харчування.

Здоров'я займає центральне місце: основний внесок і бенефіціар реалізації ЦСР.

Новий порядок денний включає в себе всі три аспекти сталого розвитку (економічний, соціальний та екологічний) навколо людей, планети, благополуччя, миру і партнерства.

Слайд 16

ЦСР відповідають основним принципам ВООЗ

- *Здоров'я – це стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб і фізичних обмежень.*

- *Найвищий досяжний рівень здоров'я є одним з основних прав кожної людини незалежно від раси, релігії, політичних переконань, економічного чи соціального статусу.*

Слайд 17

Добре здоров'я, благополуччя та сталий розвиток разом

- *Збільшення тривалості життя на один рік відповідає зростанню валового внутрішнього продукту на 4 %.*

- *У країнах з високим рівнем доходів зниження смертності від серцево-судинних захворювань на 10 % приведе до зростання валового внутрішнього продукту на 1 %.*

Історично здоров'я мало значний вплив на зменшення бідності, економічний розвиток, за оцінками, становить 30–40 % від сьогоденного економічного добробуту. Дослідження показують, що: i) збільшення тривалості життя на один рік відповідає зростанню ВВП на 4 %; ii) у країнах з високим рівнем доходів зниження смертності від серцево-судинних захворювань на 10 % спровокує зростання ВВП на 1 %.

Джерело: Task group report on Economics and Health Equities, WHO/Europe Review, forthcoming.

Слайд 18

Ціль 3. Забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю для всіх у будь-якому віці

- **3.1** До 2030 року знизити рівень смертності до менш ніж 70 випадків на 100 000 живонароджених.

- **3.2** До 2030 року покласти край смертності, якій можна запобігти, серед новонароджених і дітей віком до 5 років.
- **3.3** Покласти край епідеміям СНІДу, туберкульозу, малярії та тропічних хвороб, а також забезпечити боротьбу з гепатитом, захворюваннями, що передаються через воду, та іншими інфекційними захворюваннями.
- **3.4** Зменшити на третину передчасну смертність від неінфекційних захворювань за допомогою профілактики та лікування, а також підтримки психічного здоров'я.
- **3.5** Посилити профілактику та лікування залежності від психоактивних речовин.
- **3.6** Удвічі скоротити в усьому світі кількість смертей і травм внаслідок дорожньо-транспортних пригод.
- **3.7** Забезпечити загальний доступ до послуг з охорони сексуального та репродуктивного здоров'я.
- **3.8** Досягнути загального охоплення послугами охорони здоров'я.
- **3.9** Істотно скоротити кількість випадків смерті та захворювань внаслідок впливу небезпечних хімічних речовин і забруднення й отруєння повітря, води та ґрунту.
- **3.a** Активізувати здійснення Рамкової конвенції ВООЗ із боротьби проти тютюну.
- **3.b** Сприяти дослідженням і розробкам вакцин і лікарських засобів.
- **3.c** Істотно збільшити фінансування охорони здоров'я та професійну підготовку медичних кадрів.
- **3.d** Нарощувати потенціал у сфері раннього попередження, зниження ризиків і регулювання національних і глобальних ризиків для здоров'я.

Слайд 19

Цілі сталого розвитку: цілі, пов'язані зі здоров'ям

Ціль 1. Подолання бідності в усіх її формах

1.3 Упровадити на національному рівні належні системи й заходи соціального захисту для всіх, включаючи встановлення мінімальних рівнів, і до 2030 року досягти суттєвого охоплення бідних та уразливих верств населення.

1.5 До 2030 року підвищити життєстійкість малозабезпечених та осіб, які перебувають в уразливому становищі, зменшити їх незахищеність і вразливість перед викликаними зміною клімату, екстремальними явищами та іншими економічними, соціальними й екологічними потрясіннями та лихами.

Ціль 2. Подолання голоду, безпеки харчових продуктів, поліпшення харчування та сприяння сталому розвитку сільського господарства

2.1 До 2030 року покінути з голодом і забезпечити всім цілорічний доступ до безпечної, поживної та достатньої їжі.

2.2 Покінути з усіма формами недоїдання.

Ціль 4. Забезпечення всеохоплюючої та справедливої якісної освіти й заохочення можливості навчання впродовж усього життя для всіх

4.5 Ліквідувати гендерну нерівність у сфері освіти й забезпечити рівний доступ до освіти та професійно-технічної підготовки всіх рівнів для уразливих груп населення, у тому числі інвалідів.

4.a Створювати й удосконалювати навчальні заклади, що враховують інтереси дітей, особливі потреби інвалідів і гендерні аспекти, та забезпечити безпечне, вільне від насильства і соціальних бар'єрів та ефективне середовище навчання.

Ціль 5. Забезпечення гендерної рівності, розширення прав і можливостей усіх жінок та дівчаток

5.2 Ліквідувати всі форми насильства щодо всіх жінок і дівчаток у публічній і приватній сферах.

5.3 Ліквідувати всі шкідливі види практики, такі як дитячі, ранні та примусові шлюби й операції, що калічать, на жіночих статевих органах.

5.6 Забезпечити загальний доступ до послуг у галузі охорони сексуально-го та репродуктивного здоров'я.

Ціль 6. Забезпечення наявності та раціонального використання водних ресурсів і санітарії для всіх

6.1 Забезпечити загальний і рівноправний доступ до *безпечної* та недорогої питної *води* для всіх.

6.2 Забезпечити загальний і рівноправний доступ до належних санітарно-гігієнічних засобів і покласти край відкритій дефекації.

Ціль 7. Забезпечення доступу до недорогих, надійних стійких і сучасних джерел енергії для всіх

Забезпечити загальний *доступ* до недорогого, надійного та *сучасного* енергопостачання.

Ціль 8. Сприяння поступальному, всеохоплюючому та сталому економічному зростанню, повній і продуктивній зайнятості та гідній праці для всіх

● Забезпечити повну та продуктивну *зайнятість і гідну працю* для всіх жінок і чоловіків, у тому числі молодих людей та інвалідів.

● **8.7** Вжити термінових та ефективних заходів для того, щоб викоринити примусову працю, покінчити з сучасним рабством і торгівлею людьми та забезпечити заборону й ліквідацію найгірших форм дитячої праці.

● **8.8** Захищати трудові права та сприяти забезпеченню *надійних і безпечних умов праці* для всіх трудящих.

Ціль 10. Скорочення нерівності всередині країн і між ними

● **10.2** Підтримати законодавчим шляхом та заохочувати активну участь усіх людей у соціальному, економічному і політичному житті незалежно від їхнього віку, статі, інвалідності, раси, етнічної належності, походження, релігії та економічного чи іншого статусу.

- **10.7** Сприяти впорядкованій, безпечній, законній і відповідальній міграції та мобільності людей, у тому числі за допомогою проведення спланованої та добре продуманої міграційної політики.

Ціль 11. Забезпечення відкритості, безпеки, життєстійкості й екологічної стійкості міст і населених пунктів

- **11.1** Забезпечити загальний доступ до достатнього, *безпечного й недорогого житла* й основних послуг та упорядкувати нетрі.

- **11.2** Забезпечити всім можливість користуватися *безпечними*, недорогими, доступними та екологічно стійкими *транспортними* системами на основі підвищення безпеки дорожнього руху.

- **11.5** Суттєво скоротити кількість загиблих і постраждалих та значно зменшити прямий економічний збиток у вигляді втрат світового валового внутрішнього продукту внаслідок лих.

- **11.7** Забезпечити загальний доступ до *безпечних, доступних і відкритих для всіх зелених зон і громадських місць*.

- **11.b** Значно збільшити кількість міст і населених пунктів, що прийняли та реалізують комплексні стратегії та плани, спрямовані на усунення соціальних бар'єрів, підвищення ефективності використання ресурсів, пом'якшення наслідків зміни клімату, адаптацію до його зміни та здатність протистояти стихійним лихам, а також розробити й упровадити заходи з комплексного управління ризиками, пов'язаними з лихами.

Ціль 12. Забезпечення переходу до раціональних моделей споживання та виробництва

- **12.4** До 2020 року домогтися *екологічно раціонального використання хімічних речовин* і всіх відходів упродовж усього їх життєвого циклу відповідно до узгоджених міжнародних принципів, істотно скоротити потрапляння цих речовин у повітря, воду та ґрунт.

Ціль 13. Вжиття невідкладних заходів щодо боротьби зі зміною клімату та її наслідками

- *Поліпшити просвітництво*, поширення інформації та можливості людей та установ щодо пом'якшення гостроти та *послаблення наслідків* зміни клімату, адаптації до них і раннього попередження.

Ціль 16. Сприйняття побудови миролюбного й відкритого суспільства в інтересах сталого розвитку, забезпечення доступу до правосуддя для всіх і створення ефективних, підзвітних та заснованих на широкій участі інституцій на всіх рівнях

- **16.2** Покласти край наругам, експлуатації, торгівлі й усім формам насильства і тортур щодо дітей.

- **16.9** Забезпечити наявність у всіх людей законних посвідчень особистості, включаючи свідоцтва про народження.

Ціль 17. Зміцнення засобів здійснення й активізація роботи в рамках Глобального партнерства в інтересах сталого розвитку

17.18 До 2020 року розширити підтримку створення потенціалу в країнах, що розвиваються, для того, щоб значно *підвищити доступність високоякісних, своєчасних і надійних даних з розбивкою за рівнем доходів, статтю, віком, расою, етнічною належністю, міграційним статусом, інвалідністю, географічному положенню та іншим характеристикам, відповідним до національних контекстів.*

Слайд 20

Всесвітня асамблея з охорони здоров'я, травень 2013 р.

До 2025 року мають бути досягнуті 9 глобальних цілей щодо НІЗ (порівняно з 2010 р.).

Слайд 21

На шляху до 2030 року: глобальне бачення.

До 2030 року скоротити на одну третину передчасну смертність від НІЗ

Слайд 22

Ціль 3. Забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю для всіх у будь-якому віці. Імплементация в Україні

- **3.4** Зменшити на третину передчасну смертність від неінфекційних захворювань за допомогою профілактики та лікування:

- ✓ *Національний план дій щодо неінфекційних захворювань, Національні стратегії щодо зменшення вживання солі, трансжирів.*

- ✓ *Розробка та впровадження національної стратегії щодо зменшення шкідливого впливу зловживання алкоголем.*

- **3.а** Активізувати імплементацию Рамкової конвенції ВООЗ із боротьби проти тютюну: оновлення законодавства щодо контролю над тютюном – *захист від вторинного тютюнового диму, ротація картинок попереджень, підтримка в припиненні куріння.*

- **3.9** Істотно скоротити кількість випадків смерті ті захворювань внаслідок впливу небезпечних хімічних речовин і забруднення та отруєння повітря, води і ґрунтів – Наукові дослідження, монографія «Чорнобильська аварія. 30 років потому»; Радіаційна безпека в медичних установах; хімічна безпека; захворювання індуковані азбестом.

Освіта щодо ЦСР з наголосом на Ціль 3.

Більше інформації: <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/en/>

Patient safety as a new paradigm of clinical work

R. Gnesotto

Слайд 1

Content

First and second victims:

- The dimension of adverse events
- Origins of errors at individual, group and organization level

Strategies to reduce adverse events.

Слайд 2

First, second and third victims

“If physicians, nurses, pharmacists, and administrators are to succeed in reducing errors in hospital care, they will need to fundamentally change the way they think about errors and why they occur” (Leape, 1994).

Слайд 3

“If physicians, nurses, pharmacists, and administrators are to succeed in reducing errors in hospital care, they will need to fundamentally change the way they think about errors and why they occur” (Leape, 1994).

Слайд 4

Plausible causes behind Lewis’ tragedy

Postoperative care plan:

- Wrong drug and pediatric dosing of NSAID (Toradol)
- Ignoring low urine flow

Anticipating problems:

- A relatively new procedure that lasted almost 3 hours.
- instead of expected 30’ = surgical stress
- Handoffs to a oncology unit unfamiliar with surgical patients
- Failure to consider the possibility of medication side effects (acute haemorrhagic gastritis, ulcer, perforation).

Слайд 5

Monitoring of postoperative conditions:

- Inability to make sense of signs/symptoms of acute abdomen, perforated gastric ulcer and shock
- Missed key lab, imaging tests + endoscopy

Response to changing conditions:

- Unwillingness to change the plan
- Prolonged inaction in the face of alarming symptoms

- Undue deference to hierarchy
- Unwillingness to intervene with someone else's patient
- Code called too late

Inadequate training and backup, Overconfidence, Fixation Error.

Слайд 6

“An unintended injury or complication that results in disability at the time of discharge, death or prolonged hospital stay and that is caused by health care management rather than by the patient's underlying disease process.”

(Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J et al. 2004).

Слайд 7

Dimension of the problem: first victims

Unsafe care is a major cause of morbidity and mortality: tens of millions of patients worldwide suffer disabling injuries or death every year due to unsafe medical practices and care. (WASP/WHO, 2008).

Nearly one in ten patients is harmed while receiving health care in well-funded and technologically advanced hospital settings.

Financial costs: 2% of global health spending.

Слайд 8

Diagnostic errors

5-15% in a variety of settings and across several clinical conditions (Pulmonary Embolism, Drug reactions, Lung and Colon ca, Infections, Fractures, Acute Myocardial Infarctions, Aneurisms). (WHO/WAPS, 2008).

Слайд 9

Second and third victims

When clinicians make a mistake, they are more likely to suffer depression or burnout. And depressed or burned-out physicians are more likely to make mistakes.

Слайд 10

Paradox

The great majority of professionals dedicate decades to education, are motivated and skilled to confront and solve complex clinical problems,

however patients

- often do not get services from which they could benefit, and
- as a consequence of involuntary and evitable errors, suffer of adverse events much more frequently of what believed until recently.

Слайд 11

Determinants of errors at individual level

Слайд 12**Human fallibility**

“Human fallibility is like gravity, weather, and terrain-Just another foreseeable hazard.”

(Wildavsky, 1991)

“...the universal constant is that human infallibility is impossible and those who build a system that depends on an absence of serious human mistakes will fail utterly.”

(John Nance, 2008)

Слайд 13**Remembering**

Man boards Train at North Quincy, leaving infant in car

(Boston Globe, May 13, 2015)

Vicenza – Italy, a 17 months old little girl dies because she is forgotten inside a car for three hours under the sun.

(La Repubblica, June 1, 2015)

Слайд 14**Forgotten baby syndrome (FBS)**

Between 1998 and 2011, in the US, more than 500 children died from being left in the interior of hot cars, one every nine days

(Barth, 2011)

Far-fetched behaviors leading to FBS are frequent and widespread:

- Nearly 1 in 4 parents of a child under 3 has forgotten the child in a car;
- Dads are nearly three times more likely than moms to leave a child in a parked car.

(Safe Kids Worldwide, 2014)

Слайд 15**Sleep-deprivation****Слайд 16****First Stories of Failure**

Saying what people should have done is a satisfying way to describe failure and assign responsibility.

Telling people to be more careful will not make the problem go away.

Слайд 17**Denial, blame, shame and retrain**

“...there is no place for mistakes in modern medicine.

...an expectation of perfection.

Hospitals react to every error as an anomaly, for which the solution is to ferret out and blame an individual, with a promise that “it will never happen again.”
(Wu, 2001)

Слайд 18

Error reduction strategy: Checklists Reduce intent, vigilance and hard work,
i.e. 10-1 Performance

Слайд 19

Error reduction strategy: Simulation

Practice tasks with immediate feedback by an expert in a low risk context.

Слайд 20

Determinants of errors at group level

Слайд 21

Since human error is inevitable the only way to keep error from hurting patients is by creating heedful interactive teams whose members can catch and neutralize one another's mistakes.”

Слайд 22

Error reduction strategy: Respect

“Disrespect is the heart of the slow progress in reducing medical errors.

It is time for medical schools to teach respect and teamwork, and for leaders in medicine and the chief executives of hospitals to enforce codes of conduct to ensure that all parties treat one another with respect”.

(Leape, 2011)

Слайд 23

Determinants of errors at system level

Слайд 24

Determinants of errors at system level

“Our systems are too complex to expect merely extraordinary people to perform perfectly 100% of the time. We as leaders have a responsibility to put in place systems to support safe practice.”

(James Conway VP and COO Dana-Farber Cancer Institute, 1995)

Слайд 25

Compared with most other sectors, healthcare is

- far more complex (e.g. many handoffs)
- far less standardized
- within a far more safety-critical environment
- carried out with far less training characterized by poor communication.

Слайд 26**Error reduction strategy: Systemic and Proactive Approach**

“...though we cannot change the human condition, we can change the conditions under which humans work.”

(Reason, 2000)

“There is no way to change outcome except through changing process, since outcome ‘tells on’ process.”

(Slee, Slee & Schmidt. 1996)

Слайд 27**Error reduction strategy: Culture of Safety**

- Acknowledgment of the high-risk nature of an hospital’s activities and the determination to achieve consistently safe operations.

- A blame-free environment where individuals are able to report errors or near misses without fear of reprimand or punishment.

- Encouragement of collaboration across ranks and disciplines to seek solutions to patient safety problems.

- Organizational commitment and resources to address safety concerns.

(AHRQ, 2014)

Слайд 28**Error reduction strategy: Share stories of incidents and recovery**

Human beings, by their nature, learn from the experience of others.

We must be willing to share our mistakes as well as our successes.

Ask staff for suggestions to prevent the incident from reoccurring.

Слайд 29**Move from Person to System view**

Person	Systems
Errors are the result of human failures	Begin with the premise that anything can and will go wrong
Humans generally perform flawlessly	Don’t expect humans to perform perfectly
Perfect performance is the expectation	Design systems accordingly in a proactive way
Use retraining and punishment to root out “bad apples”	Collective preoccupation with possibility of failure

Слайд 30**Conclusion**

While being concerned with quality for many years, healthcare did not, in general, think systematically about patient safety until the magnitude of the problem became very clear and could no longer be ignored.

Now, after more than a decade of activity that has measured, tracked, and in many instances investigated adverse events in acute care, no one doubts that enhancing patient safety is an important and necessary goal.

СТЕНДОВІ ДОПОВІДІ

Актуальні аспекти внутрішньолікарняних інфекцій грибкової етіології

Циганчук О. М., Літус О. І.

Здоров'я людини, а також безпечні умови праці персоналу, без перебільшення, вважають однією з найбільших цінностей, і вони є необхідним компонентом розвитку та соціально-економічного процвітання держави. Незважаючи на досягнення в медичній сфері, проблема внутрішньолікарняних інфекцій (ВЛІ) у сучасних умовах залишається однією з основних, набуваючи все більшої медичної та соціальної актуальності.

За даними дослідників, рівень смертності в групі госпіталізованих, які були інфіковані внутрішньолікарняними інфекціями, у 8–10 разів перевищує такий серед госпіталізованих без анамнезу, обтяженого внутрішньолікарняними інфекціями. Економічний збиток, пов'язаний з внутрішньолікарняними інфекціями, оцінюється в США у 4,5–5 млрд доларів щорічно.

Складна епідеміологічна ситуація в Україні з ряду інфекцій (гепатити В, С, сифіліс, ВІЛ-інфекція, туберкульоз), погіршення соціально-економічних умов і затяжна реформа у сфері охорони здоров'я підвищує ризик виникнення та розповсюдження ВЛІ.

У структурі (ВЛІ) провідне місце належить інфекціям ранової поверхні (післяопераційні ускладнення), дихальних шляхів (пневмонії, бронхіти та ін.), сечовивідних шляхів, септичним процесам. У реаліях сьогодення неможливо недооцінити роль мікозів як складової ВЛІ.

Інвазивні грибкові інфекції досить часто зустрічаються у внутрішньолікарняних умовах. Більше того, дуже ймовірно, що внутрішньолікарняні грибкові інфекції будуть продовжувати збільшуватися в частоті в майбутні десятиліття, тому що частота факторів ризику цих інфекцій продовжує зростати. Переважаючи внутрішньолікарняні грибкові патогени включають *Candida* spp., *Aspergillus* spp., *Mucorales*, *Fusarium* spp. та інші плісняві гриби, включаючи *Scedosporium* spp. Ці інфекції важкі в діагностиці та є причиною високої захворюваності та смертності, незважаючи на специфічну терапію. Ранній початок ефективної терапії та зворотність порушень імунітету залишається наріжним каменем терапії внутрішньолікарняних грибкових інфекцій. Останніми роками стають доступними нові протигрибкові препарати, внаслідок чого змінюється стандарт лікування багатьох з цих інфекцій. Однак смертність від внутрішньолікарняних грибкових інфекцій залишається

високою, тому існує необхідність у нових терапевтичних превентивних стратегіях.

Протягом декількох останніх десятиліть частота випадків внутрішньолікарняних грибкових інфекцій (тобто інвазивних грибкових інфекцій в умовах інтенсивної терапії) драматично зросла. Відносна частота, з якою гриби є причиною внутрішньолікарняних інфекцій, обернено пропорційно пов'язана з інтенсивністю імуносупресії, необхідної для схильності до них. Наприклад, порівняно мінімальна імуносупресія необхідна для схильності до інвазивного кандидозу, і гриби *Candida*, очевидно, найбільш часта причина грибкових ВЛІ. Гриби роду *Aspergillus* – друга за частотою причина внутрішньолікарняних мікозів, і аспергільоз має тенденцію розвиватися у пацієнтів із середнім рівнем імуносупресії. І нарешті, мікроорганізми, такі як *Mucorales*, *Fusarium* та інші плісняві гриби (*Scedosporium*), порівняно менш розповсюджені та зустрічаються переважно у тяжкоімуноскомпрометованих осіб, а також у пацієнтів з пригніченою роботою імунної системи протягом тривалого періоду часу.

Загальна частина всіх грибкових ВЛІ – це труднощі встановлення діагнозу. Незважаючи на багаторічні інтенсивні дослідження, лише деякі діагностичні вивчення доступні та випробувані для цих інфекцій. Тому акцент варто поставити на ранню емпіричну терапію пацієнтів, у яких клінічно можна припустити грибкову інфекцію, або на профілактику – у пацієнтів з високим ризиком.

Важливим профілактичним аспектом є консолідація нових знань про епідеміологію, діагностичні тест-системи та лікування внутрішньолікарняних грибкових інфекцій.

Інвазивні грибкові інфекції є внутрішньолікарняною проблемою, яка постійно зростає. Вони схильні вражати пацієнтів зі скомпрометованими механізмами захисту людини, і в результаті, незважаючи на проведену проти-грибкову терапію, викликають високу захворюваність і смертність. З огляду на те, що кількість пацієнтів з основними факторами ризику для інвазивних грибкових інфекцій постійно збільшується в США та інших країнах з передовими медичними технологіями, можна прогнозувати, що захворюваність на ці інфекції в найближчі десятиліття продовжуватиме зростати.

Висновок. Для зменшення ризику смертності необхідний ранній початок лікування з урахуванням збереження високого індексу клінічної підозри. Для лікування тяжких захворювань у осіб з імуносупресією слід розглянути можливість застосування комбінованої терапії. Подальші дослідження надзвичайно потребують поліпшення ранніх діагностичних способів і в розвитку нових терапевтичних стратегій. Можливо, найбільш важливим буде саме розвиток нових стратегій, щоб, перш за все, запобігти появі цих потенційно смертельних інфекцій.

Актуальні питання дезінфекційно-стерилізаційних заходів у лікувально-профілактичних закладах м. Дніпра

*Шатирко Д. В., Лебединська Н. Ю., Бірюкова Л. Е.,
Кісельов Д. А., Безхлібна Т. В.*

Одним з провідних завдань закладів охорони здоров'я є створення безпечних умов для пацієнтів та персоналу під час перебування в лікувальних закладах.

З цією метою керівництвом закладів створені комісії з інфекційного контролю (КІК), метою яких є проведення комплексу організаційних, профілактичних і протиепідемічних заходів, спрямованих на запобігання виникненню та поширенню внутрішньолікарняних інфекцій (ВЛІ).

Питання дезінфекційно-стерилізаційного режиму та збереження стерильності на всіх етапах: стерилізації, транспортування, використання ВМП – відіграє велику роль у попередженні поширення та розвитку ВЛІ та часто випадає з уваги комісій з інфекційного контролю (КІК) лікувально-профілактичних закладів, хоча є невід'ємною частиною безпеки пацієнтів.

З 01.09.2016 набрав чинності наказ МОЗ України від 11.08.2014 № 552 «Про затвердження Державних санітарних норм та правил «Дезінфекція, передстерилізаційне очищення та стерилізація медичних виробів в закладах охорони здоров'я». Цим документом визначені вимоги до проведення процесів дезінфекції та стерилізації, до пакувального матеріалу, обладнання, збереження стерильності на всіх етапах та валідації процесу, який має відповідати встановленим характеристикам якості згідно з вимогами ISO.

На жаль, стерилізаційне обладнання в більшості лікувально-профілактичних закладів не відповідає вимогам ДСанНтаП щодо відповідності параметрів режимів стерилізації, її ефективності згідно зі стандартами ДСТУ ISO 13683:2003.

Причини, що впливають на процес якості стерилізації в лікувально-профілактичних закладах міста:

- стерилізаційне обладнання залишається фізично та морально застарілим (більше 10 років, а подекуди й 20 років експлуатації) – до 30 %, що призводить до частого ремонту та перевантаження працюючого обладнання, як результат – до неякісної стерилізації медичних виробів;
- у ЛПЗ практично немає сучасних стерилізаторів (форвакуумних, плазмових, газових та ін.);
- продовжують використовуватися повітряні стерилізатори, в яких вироби медичного призначення (ВМП) стерилізуються у відкритому вигляді (без пакування) та зберігаються на «стерильних столах», що збільшує ризик заносу інфекції з зовнішнього середовища пацієнту під час медичних втручань (на жаль, це здебільшого операційний інструментарій);

- практично всі лікувально-профілактичні заклади міста перейшли на використання сучасного сертифікованого пакувального матеріалу, але трапляються випадки часткового використання так званої «бязі», яка не має свідоцтва про державну реєстрацію як пакувальний матеріал для стерилізації ВМП;
- не забезпечується в повному обсязі регламентований бактеріологічний контроль стерилізаторів після їх установки (ремонту), а також у порядку виробничого контролю під час експлуатації у зв'язку з дорожнечою методу та недостатньою кількістю акредитованих у цій галузі мікробіологічних лабораторій у місті Дніпрі;
- проведення передстерилізаційного очищення виробів медичного призначення ручним методом, відсутність спеціального обладнання для механізованого очищення не дає можливості виключити так званий «людський фактор», який також впливає на розповсюдження ВЛІ (насамперед інфекцій, які передаються парентеральним шляхом).

Відповідальність за здійснення інфекційного контролю та безпеку пацієнтів згідно з діючими нормативними документами покладено на головних лікарів закладів. Важливу допомогу в цьому адміністраціям лікувальних закладів можуть надати фахівці лабораторних центрів МОЗ України, на яких покладено функцію епідеміологічного нагляду та здійснення моніторингу за динамікою епідемічного процесу, факторами та умовами, що впливають на виникнення та розповсюдження внутрішньолікарняних інфекцій, проведення аналізу отриманих об'єктивних даних, консультативно-методичної допомоги в дотриманні вимог чинних нормативів.

Тільки спільна робота керівництва кожного лікувального закладу та фахівців лабораторних центрів МОЗ України (лікарів-епідеміологів та дезінфекціоністів) у розробці профілактичних і протиепідемічних заходів, зокрема в частині виконання дезінфекційно-стерилізаційного режиму, може зробити вагомий внесок у безпеку пацієнтів, запобігти появі та поширенню внутрішньолікарняних інфекцій у закладах охорони здоров'я.

Актуальні проблеми інфекційної безпеки пацієнтів у лікувальних закладах

*Лебединська Н. Ю., Попова Н. П., Колісніченко Л. О.,
Кузьменко О. В., Головіна Ю. Ю.*

Система охорони здоров'я спрямована на збереження й поліпшення стану здоров'я населення, головною вимогою якої є надання якісної медичної допомоги, яка гарантуватиме безпеку пацієнта.

Найактуальнішою проблемою лишається розповсюдження внутрішньолікарняних інфекцій (ВЛІ) в лікувальних закладах міста.

Захворюваність на ВЛП певною мірою відображає якість медичної допомоги, що надається населенню, та ґрунтується на кваліфікації медичного персоналу, який має здатність знижувати ризики прогресування наявного в пацієнта захворювання та виникнення нового патологічного процесу.

Це стосується, перш за все, виявлення, обліку та реєстрації ВЛП в лікувально-профілактичних закладах міста.

Система обліку та реєстрації ВЛП є ефективною, коли це стосується традиційних інфекційних хвороб, які занесені в стаціонар ззовні. Але для виявлення справжнього рівня частоти виникнення ВЛП, викликаними умовно патогенними мікроорганізмами (УПМ), ця система не ефективна та потребує обґрунтованого вдосконалення. Більшість лікарів лікувальних закладів міста при виявленні патологічного ранового процесу не проводять достовірного обліку та реєстрації у зв'язку з недосконалою підготовкою з питань епіднадзора за можливими ускладненнями.

Останніми роками значно знизилася частота виявлення внутрішньолікарняних інфекцій серед пацієнтів у лікувальних закладах міста. Так, у 2016 р. зареєстровано лише в акушерських стаціонарах м. Дніпра 20 випадків внутрішньолікарняного інфікування породіль і новонароджених. У хірургічних стаціонарах міста, в яких надається великий обсяг медичної допомоги, система виявлення нозологічних форм внутрішньолікарняних ускладнень не налагоджена.

Водночас питома вага збудників, виділених з ран післяопераційних хворих, складає 55 % від усіх досліджень (9085 з 17150), що є фактично підтвердженням наявних післяопераційних ускладнень, на які не надано термінових повідомлень з ЛПЗ, і як наслідок – не проводяться їх облік, епідрозслідування та відповідні протиепідемічні заходи.

Наявність такого рівня захворюваності на внутрішньолікарняні інфекції зумовлюють також поширення полірезистентних бактерій і зміна структури популяції пацієнтів.

У місті Дніпрі останніми роками щорічно мікробіологічними лабораторіями виконується близько 80 000 досліджень.

Дослідження клінічного матеріалу з них складає в середньому 22 %. У процесі цих лабораторних досліджень виділено 9085 культур, з них 1496 – полірезистентних, що становить 16,5 %, у т. ч. полірезистентних з ран – 1076, з крові – 16, із сечі – 329 та 75 – із зовнішнього середовища.

Якщо розглядати пейзаж виділених культур із зовнішнього середовища лікарняних закладів та клінічного матеріалу від хворих, то основну частину в обох випадках займають стафілококи, синьогнійна паличка, клебсієла пневмонія, кишкова паличка, ацинетобактер.

Серед полірезистентних виділених культур велика кількість продуцентів беталактамаз, карбапенем, ванкоміцин-резистентних культур.

Аналіз загального обсягу досліджень показує, що кількість досліджень матеріалу з зовнішнього середовища в 3,6 раза перевищує кількість досліджень зразків клінічного матеріалу. Такий дисбаланс свідчить про формальний підхід до організації інфекційного контролю комісіями інфекційного контролю закладів охорони здоров'я та госпітальних епідеміологів і потребує ретельного аналізу ситуації щодо умов формування резистентних штамів, шляхів їх розповсюдження і здійснення відповідного комплексу заходів.

У 2016 році значно підвищилася (до 11,6 %) питома вага полірезистентних штамів серед штамів, виділених із зовнішнього середовища (2015 рік – 8,1 %), що свідчить про зростання ризику виникнення внутрішньолікарняних інфекцій.

Більшість бактеріологічних лабораторій працюють за класичними методиками досліджень і не забезпечені сучасними приладами, які прискорюють терміни виконання лабораторних досліджень.

Для організації роботи на відповідному рівні з метою профілактики внутрішньолікарняних інфекцій вважаємо за необхідне вживати таких заходів:

1. Підвищення рівня знань персоналу та відповідальності лікарів щодо необхідності виявлення, реєстрації, надання термінових повідомлень про внутрішньолікарняні інфекції для спільного визначення протиепідемічних заходів.

2. Організація відповідної мережі мікробіологічних лабораторій, на базі яких можливо виконувати певний обсяг лабораторних досліджень зовнішнього середовища, клінічного матеріалу тощо.

3. Якісна робота комісії з інфекційного контролю щодо аналізу ситуації в лікарняних закладах та визначення профілактики захворювань.

4. Забезпечення мікробіологічних лабораторій сучасними приладами з метою прискорення досліджень та розширення пейзажу виділених культур.

Аналіз лікарських помилок – фактор підвищення професійної підготовки лікарів і поліпшення якості лікувально-діагностичного процесу в госпіталі

Асаулюк І. К., Голик Л. А., Денисюк А. І.,

Ольховська Е. П., Сіроштанова І. О.

У поняття лікарські помилки (дефекти) слід включати всі витрати, промахи, недоліки, упущення в організації медичної допомоги, в постановці діагнозу та проведенні лікувально-діагностичного процесу (Бойко Ю. Г. та ін., 1994; Асаулюк І. К. та ін., 2012). Єдиним повноцінним методом визначення та вивчення лікарських помилок є клініко-анатомічний аналіз на підставі фактичного матеріалу, отриманого шляхом аутопсії.

Вивчено 2300 історій хвороби, які померли в Національному військово-медичному клінічному центрі «ГВКГ», і відповідну кількість протоколів патологоанатомічних досліджень, а також актів комісії з вивчення летальних наслідків (КВЛВ) за 15 років (2002–2016 рр.). КВЛН на госпітальному етапі було виявлено 288 дефектів та їх причин різного характеру. При вивченні матеріалів ми строго керувалися методичними рекомендаціями, де викладені основні методи діагностики, принципи й аспекти встановлення клінічного та патологоанатомічного діагнозів відповідно до вимог МКХ-10. Крім того, нами враховувалися міжнародні та національні стандарти і погоджувальні рекомендації з діагностики та лікування пацієнтів з різними захворюваннями. Використовувалася сучасна класифікація дефектів та їх причин.

На КВЛН вирішувалися такі завдання: визначення правильності та сучасності госпіталізації, діагностики та лікування; виявлення недоліків (дефектів), різного роду помилок при проведенні профілактичних, діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів у всіх амбулаторно-поліклінічних і стаціонарних медичних установах.

При цьому КВЛН намічала конкретні шляхи для усунення та попередження упущень, недоліків, помилок і т. д. На КВЛВ було виявлено 288 (12,5 %) дефектів. З них 23 % – у померлих у віці 19–60 років і в 77 % – 60–80 років і старше. Причини лікарських помилок були як об'єктивні (46,8 %), так і (найчастіше) суб'єктивні – 53,2 %. При цьому дефектів, які вплинули на летальний результат, було 14,41 %. Аналізуючи об'єктивні причини таких факторів, як рідкісні форми захворювань, атиповий перебіг захворювання та окремі випадки з тяжким перебігом, які складають більше 20 %, є досить умовним і мало прийнятним для спеціалізованих клінік (відділень) великого лікувального закладу (госпіталю). Тоді об'єктивні причини дефектів становитимуть лише 27,9 %, тобто хворі, які надходили в украй тяжкому стані з короткочасним перебуванням в госпіталі, хворі, у яких, дійсно, об'єктивні труднощі в діагностиці та при наданні медичної допомоги.

Із 288 дефектів нерозпізнане основне захворювання було в 14,86 %, нерозпізнане смертельне ускладнення – в 11,71 %, нерозпізнане важливе супутнє захворювання – в 11,26 %, пізня діагностика – в 15,77 %, пізня госпіталізація – в 2,25 %, дефекти лікування – в 9,9 %, інші дефекти – в 12,61 %, дефекти медичної документації – в 21,64 % випадків.

Причини допущених дефектів: пізнє звернення по медичну допомогу – у 2,25 %; недостатня кваліфікація медичного працівника – в 3,15 %; неповне обстеження хворого – в 3,15 %; неправильна оцінка клінічних даних – в 1,35 %; об'єктивні труднощі в діагностиці – в 5,41 %; атиповий перебіг захворювання – в 13,51 %; об'єктивні труднощі в наданні медичної допомоги – у 27,93 %.

Допущені дефекти через недоліки в організації лікувально-діагностичного процесу (43,25 %) можна умовно розділити на дві групи. Одна з них – дефекти діагностики та лікування (50,52 %), друга – дефекти ведення медичної документації, тобто історій хвороби (49,48 %). Від цієї групи дефектів, яка становить 43,25 % від загальної кількості дефектів, можна позбутися тільки за умови повсякденного контролю з боку головних і провідних фахівців, начальників клінік (відділень) лікувального закладу (госпіталю).

Залежно від характеру та причин лікарські помилки (дефекти), які найчастіше зустрічаються, умовно можна розділити на: діагностичні, лікувальні, тактичні, технічні, організаційні, помилки у веденні медичної документації, і рідко допускаються – деонтологічні, і «вторинні хвороби» – ятрогенії.

Для попередження діагностичних помилок необхідно: уважно ставитися до будь-якої скарги хворого; методично й послідовно збирати анамнез життя та захворювання; методично й послідовно проводити об'єктивне клінічне обстеження хворого; у всіх неясних і сумнівних випадках вдаватися до консультацій більш досвідчених колег і до лікарських консиліумів.

Для попередження лікувальних помилок необхідні: своєчасна госпіталізація пацієнта, діагностика, чітке дотримання організації лікувального процесу при достатній кваліфікації лікаря з використанням сучасних методів діагностики та лікування.

Для попередження тактичних помилок необхідно: знання найбільш раціональних і ефективних методів лікування та показань до їх застосування; розробка та впровадження стандартів і методів доказової медицини, конкретних тактичних установок щодо лікування найчастіших форм захворювань, за потреби – використання консиліумів; суворого та послідовного виконання тактики і стандартів щодо лікування кожного конкретного хворого.

Для попередження технічних помилок необхідно: ретельне та детальне вивчення хірургічної анатомії та оперативної хірургії; вивчення техніки різних методів інструментального дослідження; ретельне продумування всіх технічних досліджень і оперативного втручання; уважне виконання всіх технічних маніпуляцій та операцій.

Для попередження організаційних помилок необхідно: добре знати сучасні вимоги щодо організації медичної допомоги роботи лікувального закладу, обсягу його діяльності; постійно й наполегливо виконувати необхідні умови, що забезпечують нормальну організацію роботи з надання медичної допомоги хворим.

Для попередження помилок у веденні медичної документації необхідно: точне знання офіційних вимог, що пред'являються до медичної документації; своєчасне та якісне виконання цих вимог; достовірне ведення всіх записів, що стосуються кожного хворого, і заснованих на безсумнівних і справжніх фактах. Будь-яке виправлення в медичних документах має бути спеціально обумовлено.

У поодиноких спостереженнях можуть мати місце й *деонтологічні помилки* – порушення принципів посадової поведінки лікаря по відношенню до хворого, інакше кажучи, дотримання етичних норм у медицині.

Незначну частину лікарських помилок можуть становити *ятрогенії*, пов’язані з діагностичними дослідженнями, з медикаментозними, хірургічними та реанімаційними заходами.

Таким чином, кількість лікарських помилок залежить від цілої низки причин, що вимагають подальшого вдосконалення лікувально-діагностичного процесу. Має надаватися велике значення спеціальній підготовці лікарів, їх присутності під час проведення аутопсії померлих і вивчення летальних випадків на КВЛН, всебічному аналізу летальних випадків на клініко-анатомічних конференціях за профілем, а за необхідності – і на загальногоспітальних конференціях.

З метою попередження та (або) зменшення кількості лікарських помилок велике значення має систематичний контроль за організацією лікувально-діагностичного процесу та якістю надання медичної допомоги з боку адміністрації лікувального закладу та його головних спеціалістів, а також постійне вдосконалення професійної лікарської майстерності та лікувально-діагностичного процесу на сучасному рівні.

Аналіз дотримання нормативу прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на виклик

Роцін Г. Г., Печиборц В. П., Крилюк В. О., Волошин В. Д.

Постанова Кабінету Міністрів України від 21 листопада 2012 р. № 1119 «Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події» передбачає нормативи прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події за зверненнями, що належать до категорії екстрених, і становлять у містах – 10 хвилин, у населених пунктах поза межами міста – 20 хвилин з моменту надходження звернення до диспетчера оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Зазначені нормативи з урахуванням метеорологічних умов, сезонних особливостей, епідеміологічної ситуації та стану доріг можуть бути перевищені, але не більше ніж на 10 хвилин.

Мета роботи – дослідити залежність якісних і кількісних показників надання екстреної медичної допомоги, проведення заходів серцево-легеневої реанімації, показників летальності в присутності бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги від дотримання нормативів прибуття бригад на місце події за зверненнями, що належать до категорії екстрених.

За статистичними даними Всесвітньої організації охорони здоров’я, якщо швидка медична допомога прибуває на виклик протягом 5 хвилин з моменту

виклику, то можливість зберегти життя потерпілого сягає 80 %, а протягом 15 хвилин і більше – лише 5 %. Наприклад, при гострому інфаркті міокарда швидко зняти виражений больовий шок можуть тільки медпрацівники. А скільки громадян помирають унаслідок травм при ДТП ще до отримання медичної допомоги, коли не зупинено кровотечу, не зроблено правильної іммобілізації пошкодженої кінцівки та своєчасного зняття больового шоку.

Згідно з нормативом обслуговування США на одну бригаду Е(Ш)МД в середньому покладається територія з населенням 40 тис. жителів. Норматив обслуговування однією бригадою Е(Ш)МД 1 виклику – до 1 години, тобто при навантаженні на 1 санітарний автомобіль з розрахунку 25 виїздів за добу бригада надає протягом доби допомогу 25 особам у невідкладному стані.

Процес надання ЕМД у США ділять на три етапи: етап виклику допомоги, догоспітальний і госпітальний.

Гарантовану та всебічно збалансовану роботу бригад ЕМД забезпечує уніфікація надання ЕМД (за єдиними стандартами, протоколами сортування та лікування) під єдиним медичним керівництвом усього процесу надання ЕМД і високий рівень підготовки особового складу бригад ЕМД з медицини невідкладних станів і лікарів-консультантів лікарень, а також високий рівень оснащеності.

Середні показники смертності від впливу зовнішніх причин в Україні становлять 130–135 осіб на 100 тисяч населення, що в 3–5 разів вище, ніж у розвинених європейських країнах. При цьому в нашій державі близько 24 % постраждалих помирають у закладах охорони здоров'я, а 76 % – поза їх межами (на місці настання невідкладного медичного стану чи на шляху до закладів охорони здоров'я). Водночас доцільно наголосити, що в розвинених країнах цей показник дорівнює 28 %. За статистичними показниками МОЗ, 89 % прибуття бригад Е(Ш)МД здійснюються протягом 15 хвилин. І це при тому, що кількість викликів екстреної медичної допомоги щороку сягає майже 10 мільйонів (або в середньому щодня – 30 тисяч).

З упровадженням у дію Закону України «Про екстрену медичну допомогу» [1] система організації надання екстреної медичної допомоги (ЕМД) потерпілим в Україні набула цілісної структури, що за деякими показниками відповідає як вимогам сьогодення, так і рівню розвитку цього важливого напрямку діяльності в розвинених країнах світу. Водночас доцільно констатувати, що статті 5 і 10 Закону України «Про екстрену медичну допомогу» стосовно створення відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги на сьогодні не реалізовані, або, іншими словами, раннього госпітального етапу Е(Ш)МД в Україні не створено, що є свідченням відсутності єдиної системи ЕМД.

Згідно зі звітами територіальних центрів ЕМД та МК за формою № 22, в Україні в 2015 р. в середньому за добу спеціалізовані бригади надавали допомогу 7,3 особам, лікарські багатопрофільні та фельдшерські – по 7,7,

у 2016 р. в середньому за добу лікарські – 8,1, фельдшерські – 8,0, спеціалізовані – 7,8 особам у невідкладному стані відповідно («МедСтат», 2017).

Дотримання зазначених термінів особливо важливе в разі потреби в проведенні хворому (постраждалому) заходів серцево-легеневої реанімації (табл. 1).

Таблиця 1

**Кількість і результати серцево-легеневої реанімації
бригадами Е(Ш)МД у 2016 році**

№ з/п	Регіон	Кількість реанімацій		Успішних		Безуспішних	
		Усього	З них у сільській місцевості	Усього/ %	З них у сільській місцевості	Усього	З них у сільській місцевості
1.	Вінницька	384	104	51/13,28	14	333	90
2.	Волинська	439	113	25/5,69	9	414	104
3.	Дніпро- петровська	899	130	34/3,78	2	865	128
4.	Донецька	432	59	19/4,37	4	413	55
5.	Житомирська	179	91	9/5,03	2	170	89
6.	Закарпатська	82	31	10/12,2	1	72	30
7.	Запорізька	610	2	30/4,92	2	580	0
8.	Ів.-Франківська	260	64	51/19,62	10	209	54
9.	Київська	344	112	48/13,95	18	296	94
10.	Кіровоградська	26	0	12/46,15	0	14	0
11.	Луганська	138	29	2/1,45	0	136	29
12.	Львівська	233	41	20/8,58	3	213	38
13.	Миколаївська	239	31	11/4,6	0	228	31
14.	Одеська	361	18	30/8,31	7	331	11
15.	Полтавська	331	22	11/3,32	1	320	21
16.	Рівненська	176	51	17/9,66	3	159	48
17.	Сумська	233	27	17/7,3	0	216	27
18.	Тернопільська	133	33	12/9,02	1	121	32
19.	Харківська	784	182	49/6,25	11	735	171
20.	Херсонська	189	47	22/11,64	3	167	44
21.	Хмельницька	200	17	27/13,5	5	173	12
22.	Черкаська	122	21	48/39,44	1	74	20
23.	Чернівецька	213	36	20/9,39	3	193	33
24.	Чернігівська	156	21	13/8,33	2	143	19
25.	м. Київ	189	0	37/19,58	0	152	0
	Україна	7352	1282	625/8,5	102	6727	1180

Згідно з даними зведеної статистичної форми № 22, у 2016 році в Україні в присутності бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги померло 8 тис. 82 особи, що складає 0,09 % від усіх випадків виїздів за викликами бригад Е(Ш)МД. За іншими даними, серед померлих 7 тис. 352 особам, або у 90,96 % випадків клінічної смерті, бригадами Е(Ш)МД проводилися реанімаційні заходи, які у 8,5 % випадків були успішними. Кращі показники зареєстровані у Вінницькій, Харківській, Київській областях, гірші – у Чернігівській, Полтавській, Тернопільській областях. Слід зазначити, що ці показники значно нижчі за відповідні показники розвинених держав, що ніяк не може задовольняти як населення, так і медичних працівників.

У процесі організації та надання екстреної (швидкої) медичної допомоги вкрай важливе значення має оперативність. Одну з основних ролей у цьому алгоритмі дій відіграє адекватне реагування на виклики (звернення) громадян і чітка постановка завдань бригадам екстреної (швидкої) медичної допомоги працівниками оперативно-диспетчерської служби.

Водночас на сьогодні надзвичайно актуальним залишається питання особистої безпеки персоналу бригад Е(Ш)МД і пацієнтів. Кількість випадків хуліганських дій стосовно бригад Е(Ш)МД під час виконання ними службових обов'язків, що зареєстровані офіційно за 2016 рік, становить більше 100 випадків.

Висновок. У світі існує два основних підходи щодо надання екстреної медичної допомоги – лікаря доставляють до пацієнта (на прикладі служби швидкої медичної допомоги бувшого СРСР) (і тепер так само медичного працівника доставляють до місця виклику) або пацієнта доставляють до закладу охорони здоров'я, як це робиться на прикладі служб екстреної медичної допомоги в країнах Західної Європи та Північної Америки.

Оцінити, який підхід кращий, на сьогодні не вдається, бо кожний з них має свої переваги й недоліки. Але незалежно від характеристик будь-який з них включає один з найважливіших компонентів швидкої дії, а саме комунікаційну складову в наданні екстреної допомоги та рівень підготовки особового складу бригад Е(Ш)МД та їх оснащеності, що є основними причинами відставання показників надання Е(Ш)МД пацієнтам у невідкладних станах в нашій країні.

Аналіз суб'єктивного сприйняття небезпеки онкологічних захворювань населенням урановидобувних регіонів

Шевченко О. А., Дорогань С. Б.

Наявність шахти з видобування урану в м. Кропивницькому є одним з факторів довкілля, який впливає на стан здоров'я населення. Захворюваність злоякісними новоутвореннями на 100 тисяч населення в місті є стабіль-

но вищою за національний показник. Середній її рівень за останні п'ять років становив ($M \pm m$): у Кропивницькому – $537,3 \pm 13,81$, в Україні – $350,5 \pm 3,76$ (табл. 1).

Таблиця 1

**Показники онкозахворюваності в м. Кропивницькому
за 2010–2014 роки (на 100 тисяч населення)**

Захворюваність на ЗН	Територія	Роки					M±m
		2010	2011	2012	2013	2014	
Усього	Кропивницький	487,5	538,1	546,1	542,7	572,3	$537,3 \pm 13,81$
	Україна	341,5	347,8	357,6	360,9	344,5	$350,5 \pm 3,76^{**}$
Трахеї, бронхів, легенів С33-С34	Кропивницький	37,3	46,6	48,8	49,6	45,7	$45,6 \pm 2,19$
	Україна	35,9	36,0	36,4	36,1	34,2	$35,7 \pm 0,39^*$

Примітка. * – $p < 0,01$; ** – $p < 0,001$ порівняно з м. Кропивницьким за критерієм Стьюдента.

Дослідження проводилося з метою оцінки рівня поінформованості населення міста Кропивницького щодо найвагоміших факторів ризику виникнення онкологічних захворювань, у тому числі тютюнопаління («знаю»), індивідуального ставлення до них («усвідомлюю») і готовності зі свого боку до відповідних дій («виконую») для подальшої розробки комплексу профілактичних санітарно-просвітницьких заходів.

Проведено два опитування. Травень – червень 2012 року, в якому брали участь 740 осіб, і грудень 2014 року, де було опитано 181 респондента. Статистичний аналіз соціологічних матеріалів дослідження проводився за допомогою статистичної програми Microsoft Excel 2010 і STATISTICA v.6.1.®.

Переважає кількість респондентів (78 %) визнає недостатній рівень інформованості – «знаю». Чистою чи задовільною територію міста визнали тільки 27,8 % опитаних. «Усвідомлюю» – близько 72 % опитаних усвідомлюють небезпеку забруднення території м. Кропивницького. «Виконую» – більшість опитаних, у родинях яких були випадки онкологічних захворювань (56,7 %), пов'язують їх саме з впливом радіації, ігноруючи власний спосіб життя. При опитуванні 2014 року ситуація не змінилася, а саме: кожен четвертий (25,5 %) вважає випадки онкологічних захворювань у родині прямим наслідком впливу радіації; 37,2 % опитаних вказує на можливість

такого впливу, ще стільки ж – 37,2 % так не вважають. Виявлено кореляцію між станом здоров'я опитаних і онкозахворюваністю в родині. Чим менше хворіли в сім'ї, тим вищою є самооцінка стану здоров'я (табл. 2).

Таблиця 2

**Зв'язок стану здоров'я респондентів
і онкозахворюваності в родині (%)**

Онкозахворювання в родині мали місце	Власна оцінка здоров'я				
	Відмінне (n=77)	Добре (n=278)	Задовільне (n=283)	Погане (n=46)	Дуже по- гане (n=2)
Так	10,39	25,18	44,52	73,91	100,0
Ні	89,61	74,82	55,48	26,09	–

Коефіцієнт кореляції Спірмена $r_s = -0,324$ ($t = 8,97$, $p < 0,001$)

Ураховуючи стурбованість населення впливом урановидобувних підприємств на виникнення онкологічних захворювань і станом радіаційного забруднення території міста, було доречним з'ясувати рівень обізнаності й ставлення респондентів до іншого істотного фактора онкологічного ризику – тютюнопаління. За отриманими даними, 204 (27,6 %) респондентів палять з різною періодичністю, 297 (40,1 %) ніколи не курили, і лише 7 % опитаних (52 особи) пощастило позбутися шкідливої звички. Дещо інший вигляд має структура курців. Абсолютну більшість серед них становлять чоловіки молодого віку (середній вік – $19,7 \pm 1,0$ років) і жінки, яким понад 30 ($40,9 \pm 0,9$) років. Серед людей різних професій більше всіх палять військові (64,6 %; $p < 0,001$ порівняно з респондентами інших професій за критерієм χ^2) та медичні працівники (24,6 % і 30,0 %). Серед школярів курцем є практично кожен десятий (9,7 %), причому, як було зазначено в деяких анкетах, старші активно втягують у процес своїх друзів. Найменшу кількість курців виявлено серед викладачів медичного коледжу та вчителів (відповідно 13,3 % і 17,0 %).

Результати дослідження свідчать про стурбованість населення наявністю радіаційних ризиків для здоров'я, низьку поінформованість з цих питань і готовність до сприйняття відповідних знань. Наведені факти свідчать про недостатню обізнаність респондентів про інші, часто більш вагомі фактори ризику виникнення онкологічних хвороб, у тому числі тютюнопаління, та притаманну звичку скидати проблеми з індивідуальним здоров'ям суто на зовнішні фактори, ігноруючи власний спосіб життя.

Антибіотикорезистентність у сучасних реаліях кардіохірургічних втручань

Лазоришинець В. В., Крикунов О. А., Колтунова Г. Б.

Сьогодні спостерігається зростання резистентності мікроорганізмів до сучасних антибактеріальних засобів. Значне збільшення ролі нозокоміальних факторів у процесі первинного інфікування хворих має негативний вплив на результати кардіохірургічних втручань.

Матеріали та методи. Основу дослідження становлять клінічні дані 2992 пацієнтів, які пройшли обстеження та лікування в ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова НАМН» з 01.01.2004 по 01.12.2015. Основними нозологічними формами були інфекційний ендокардит – 2603 (87,0 %) хворих, сепсис – 132 (4,4 %) хворих та бактеріємія – 257 (8,6 %) хворих.

Результати та обговорення. Частота ідентифікації збудника за досліджуваний період становила 1497 (50,03 %) випадків. Грампозитивна мікрофлора була виявлена в 1001 (66,9 %) випадку, грамнегативні збудники зареєстровані в 359 (24,0 %) випадках. Частка грибової флори склала 137 (9,1 %) випадків.

Грампозитивні збудники. Частка *Staphylococcus aureus* становила 70 (7,0 %) випадків. Так, резистентність до цефазоліну збільшилася з 18,7 до 62,3 % випадків, до цефуроксиму – з 21,0 до 58,3 % випадків, до цефтріаксону – з 15,4 до 60,4 % випадків, до цефепіму – з 14,2 до 45,3 % випадків. Резистентність *Staphylococcus aureus* до іміпенему збільшилася з 2,9 до 46,7 % випадків, а до меропенему – з 6,2 до 51,2 % випадків. Резистентність до антибіотиків резерву: до ванкоміцину зросла з 0 до 64,3 % випадків, до лінезоліду – з 0 до 14,3 % випадків. Частка *Enterococcus spp.* в мікробіологічному спектрі збудників становить 172 (17,2 %) випадки. Резистентність *Enterococcus spp.* до іміпенему збільшилася з 38,1 до 71,3 % випадків, а до меропенему – з 42,1 до 75,4 % випадків. Щодо антибіотиків резерву за період з 2004 по 2015 рік виявлено: резистентність до ванкоміцину зросла з 0 до 48,9 % випадків, до лінезоліду – з 0 до 31,4 % випадків. Єдиний препарат, до якого не виявлена резистентність *Enterococcus spp.*, – тайгециклін. **Грамнегативні збудники.** *Acinetobacter baumannii* реєструвався у 80 (22,3 %) випадках. З 2004 по 2015 рік зросла кількість нечутливих мікроорганізмів до цефалоспоринові III та IV генерації з 60,2 до 97,4 % випадків та з 54,2 до 89,2 % випадків відповідно. Резистентність до карбапенемів збільшилася до 89,4 % випадків для іміпенему та 91,2 % випадків для меропенему. Для антибіотиків резерву реєструвалося зростання резистентності до 10,1 % випадків для фосфоміцину та до 15,4 % випадків для коломіцину. *Klebsiella spp.* виявлена в 37 (10,3 %) випадках. Кількість нечутливих мікроорганізмів до цефалоспоринові III та IV генерації зросла з 52,3 до 80,0 % випадків та з 49,8 до 73,8 % випадків відповідно. Резистентність штамів *Klebsiella spp.*

до імipенему збільшилася з 17,2 до 53,1 % випадків, а до меропенему – з 24,8 до 63,4 % випадків. Резистентність до фосфоміцину зросла з 0 до 10,0 % випадків, до коломіцину – з 0 до 42,9 % випадків. *Pseudomonas aeruginosa* становила 74 (20,6 %) випадки. Кількість резистентних штамів до цефалоспоринів III та IV генерації збільшилася з 67,9 до 73,1 % випадків та з 62,7 до 87,5 % випадків відповідно. Резистентність до до імipенему збільшилася з 32,0 до 52,4 % випадків, а до меропенему – з 29,7 до 64,0% випадків. Резистентність до фосфоміцину зросла з 0 до 44,0 % випадків, до коломіцину – з 0 до 65,3 % випадків. *Enterobacter spp.* зареєстрований у 67 (18,7 %) випадках. Частка резистентних штамів до цефалоспоринів III та IV генерації збільшилася з 46,7 до 91,4 % випадків та з 45,4 до 92,7% випадків відповідно. Резистентність до карбапенемів збільшилася до 44,2% випадків для імipенему, а для меропенему коливалась у межах від 16 до 27,9% випадків. Для антибіотиків резерву реєструвалося зростання резистентності – до 4,2 % випадків для фосфоміцину та до 44,1 % випадків для коломіцину. **Грибкова мікрофлора.** Грибкова мікрофлора реєструється з частотою 2,3–20,4 %. За період 2014–2015 років спостерігаються випадки септичних захворювань, спричинених поєднанням збудників групи ESKAPE та грибкової мікрофлори, які супроводжуються тяжкими органічними ураженнями.

Для подолання антибіотикорезистентності нами запропоновано інтраопераційне використання загальної керованої гіпертермічної перфузії у хворих на інфекційний ендокардит; поєднання пасивної імунізації та комбінованої антибіотикотерапії; використання препаратів з «антикворумною» дією.

Висновок:

1. *Staphylococcus aureus* реєструється з частотою 1,5–10 %. На 2015 р. частка резистентних штамів до ванкоміцину та лінезоліду становила 64,3 та 14 % відповідно.
2. *Enterococcus spp.* реєструється з частотою 5,5–22,4 %. На 2015 р. частка резистентних штамів до ванкоміцину та лінезоліду складала 48,0 та 34,2 % відповідно.
3. *Acinetobacter baumannii* реєструється з частотою 5,9–44,2 %. На 2015 р. частка резистентних штамів до коломіцину та фосфоміцину складала 15,4 та 10,1 % відповідно.
4. Стосовно *Klebsiella spp.* достовірне збільшення частоти реєстрації з 0 % у 2004 р. до 36,7 % у 2015 р. На 2015 р. частка резистентних до коломіцину та фосфоміцину штамів становила 42,9 та 10,0 % відповідно.
5. *Pseudomonas aeruginosa* реєструється з частотою 11,8–36,6 %. На 2015 р. частка резистентних до коломіцину та фосфоміцину штамів складала 65,3 та 44,0 % відповідно.
6. *Enterobacter spp.* реєструється з частотою 5,9–61,9 %. На 2015 р. частка резистентних до коломіцину та фосфоміцину штамів складала 44,1 та 4,2 % відповідно.

7. Грибкова мікрофлора реєструється з частотою 2,3–20,4 %. За період 2014–2015 років спостерігаються випадки септичних захворювань, спричинених поєднанням збудників групи ESKAPE та грибкової мікрофлори, які супроводжуються тяжкими органічними ураженнями.

Безпека пацієнтів у патоморфології: шляхи зниження помилок

Непомнящий В. М.

Безпека пацієнтів – невід’ємна складова системи забезпечення якості лабораторних досліджень. У патологічній анатомії основним результатом роботи є патоморфологічне заключення (висновок, діагноз). Якісний висновок за результатами патоморфологічного дослідження повинен відповідати вимогам точності, повноти й своєчасності – базовим принципам забезпечення безпеки пацієнтів. Настанови з якості в лабораторії покликані сприяти вирішенню проблем, пов’язаних з безпекою пацієнтів і зниженням помилок. У США вони включають вимоги до преаналітичної, аналітичної та постаналітичної фаз лабораторного циклу, а також ураховують строки обороту та задоволеність клієнтів (Nakhleh R., 2016).

Преаналітична та постаналітична фази в лабораторії патоморфології подібні до таких у клініко-діагностичній лабораторії. Преаналітична фаза складається зі збору зразків, їх маркування та доставки в лабораторію, де зразок готується до аналітичної фази. Постаналітична фаза починається зі складання заключення й закінчується передачею його клініцисту. Специфічною для патоморфології є аналітична фаза, протягом якої виконується макроскопічна оцінка об’єкта, його вирізання та гістологічна обробка (проводка і заливка блоків, секціонування та монтаж зрізів, забарвлення та і заключення препаратів), а також мікроскопічна оцінка й інтерпретація отриманих результатів. Проте складність технології, людський фактор, неузгодженість, обмеження в часі й т. ін. передбачають можливість виникнення помилок під час виконання різних операційних процедур протягом лабораторного циклу. Так, за результатами дослідження 1 млн зразків операційного матеріалу з 417 лабораторій дефекти преаналітичної фази були виявлені у 6 % випадків, з яких у 77 % випадків бракувало клінічної інформації, необхідної для адекватного дослідження, а у 9,7 % випадків були проблеми з ідентифікацією зразків (Nakhleh R., 1996). При аналізі 678 виправлених патоморфологічних заключень у 4–10 % випадків мали місце дефекти надісланих зразків, у 27–38 % – помилки ідентифікації (Meier F., 2008). Дефекти аналітичної фази призводять до помилок інтерпретації – діагностичних помилок. Їх частка складає

15–25 % усіх помилок у патоморфології (Nakhleh R., 2013). Установлення факту діагностичної помилки зазвичай відбувається шляхом рецензування експертом (друга думка вузького спеціаліста). Експертна оцінка 2 718 випадків з різною нозологією показала, що у 18,7 % з них наявні незначні розбіжності діагнозів, у 6,2 % – значні, які суттєво впливають на вибір методів лікування (Middleton L., 2013). Порівняно з внутрішнім зовнішнім рецензування виявилося у 5 разів більш чутливим до виявлення значних розбіжностей (Priebe M., 2016). Дефектами постаналітичної фази є неповнота патоморфологічного заключення – відсутні або помилкові дані про виконавців, коди діагнозів, дати, друкарські помилки або аберації електронних форм. Серед виправлених патоморфологічних заключень їх частка складає 29–48 % (Meier F., 2008).

З метою зменшення ризиків виникнення помилок у 2006 р. Колегією американських патологів (CAP) у Програмі з акредитації лабораторій було запропоновано 4 стратегії покращення безпеки пацієнтів: 1) поліпшення процедури ідентифікації пацієнта і зразків; 2) покращення верифікації та комунікації в складних випадках; 3) покращення ідентифікації та корекції помилок і комунікації в цих випадках; 4) поліпшення інтеграції та координації лабораторної безпеки пацієнтів у лікувальних установах (Nakhleh R., 2008).

Але особливої уваги потребує контроль діагностичних помилок. Це обумовлено тим, що медико-правові наслідки діагностичних помилок більш значущі та, оскільки дві третини з них представляють собою хибно негативні результати, можуть бути підставою для претензій у недбалості. Вважається, що зменшенню діагностичних помилок сприяють: 1) знання, досвід і тренінги; 2) стандартизація операційних процедур і термінології; 3) анамнестичні дані та клініко-морфологічні кореляції; 4) допоміжні дослідження (гістохімічні, імуногістохімічні, молекулярно-генетичні й т. ін.); 5) консультації або рецензії (Nakhleh R., 2013).

Рецензування може бути зовнішнім і внутрішнім, ретроспективним і проспективним, реалізовуватися шляхом перегляду певного відсотка (1–10 % і більше) або певних категорій випадків, але частіше – це повторний перегляд перед відправленням патоморфологічного заключення.

У 2016 р. групою експертів під егідою Центру з якості у патоморфології CAP і Асоціації директорів анатомічної і хірургічної патології були запропоновані рекомендації щодо рецензування в патоморфології: 1) розробити процедури рецензування для виявлення розбіжностей і потенційних помилок інтерпретації – *рекомендація*; 2) своєчасно виконувати рецензування, щоб уникнути негативного впливу на лікування пацієнтів – *рекомендація*; 3) мати документовані процедури рецензування – *думка*; 4) патологи повинні постійно контролювати й документувати результати рецензування – *думка*; 5) у разі якщо рецензії показують погану повторюваність у межах певної нозології, патологи повинні вжити заходів до покращення результатів – *думка*.

Також меті зниження дефектів і помилок у патоморфології сприяє модернізація лабораторій. Визнається доцільним упровадження сучасних інформаційних технологій, електронного документообігу, автоматизації процесів із заміною ручної праці там, де це можливо (системи для макро-відеодокументації, касетні та слайд-принтери, гістопроектори, гісто- й імуноштейнери, слайд-сканери, засоби для зчитування штрих-кодів і т. ін.). Але найважливішим вважається комплекс заходів зі зменшення саме помилок інтерпретації, зокрема рекомендується прийняти систему своєчасного вторинного рецензування випадків, що здатна виявити або запобігти діагностичній помилці.

Вимоги до ефективного використання робочої пози дитини під час виконання письмового завдання

Калиниченко І. О., Завадська М. М.

Збереження та зміцнення здоров'я дитячого населення – одна з найважливіших державних проблем, оскільки здоров'я нації визначається здоров'ям підростаючого покоління і є одним з головних медико-соціальних критеріїв оцінки екологічної ситуації та умов життя в цілому.

Успішність у навчанні письма багато в чому визначається створенням гігієнічних умов: правильним підбором і розстановкою шкільних меблів, відповідністю парти (стола) зросту учня, зручністю меблевої конструкції для письма, належним рівнем освітленості робочих місць, класу в цілому. Від створення відповідних умов залежить дотримання гігієнічних вимог до робочої пози дитини під час письма: збереження правильної посадки, положення ручки в руці, розміщення зошита на столі та його використання під час письма, що в результаті сприяє профілактиці порушень постави та зору в дітей, підвищенню працездатності, формуванню чіткого та швидкого письма.

Для збереження працездатності, формування правильного фізичного розвитку, профілактики порушення постави та зору в дітей розміри, розмірна сітка, кольорове маркування шкільних столів і стільців мають відповідати нормативним документам відповідно до ДСТУ prEN 1729-1:2004 «Стільці та столи для навчальних закладів».

Будь-яка робота в школі (читання, малювання, письмо, слухання пояснення вчителя) вимагає від учнів дотримання певної робочої пози (пропорційного розташування частин тіла), що забезпечує тривалу працездатність. Недотримання цього фізіологічного положення, як правило, призводить до швидкої втоми, порушення постави (Безруких М. М., 2008).

Як відомо, робоча поза – це статична робота однієї частини тіла відносно іншої за умови нерухомості тіла (Ильин Е. П., 2003). Основну роль у регуляції робочої пози відіграє нервово-м'язова система та суглобовий апарат. Система управління робочою позою складається з вегетативного забезпечення та діяльності сегментарного апарату спинного мозку, до якого надходять сигнали від м'язових, сухожильних, зорових та шкірних рецепторів.

Численні дані свідчать про те, що збереження робочої пози здійснюється завдяки фізіологічному тремору – постійним незначним рухам відносно середнього положення корпусу.

Якщо поза школяра неправильна, незручна, вона не тільки знижує продуктивність праці учня та викликає стомлення, але й, увійшовши до звички, починає впливати (за умови слабкості опорно-рухового апарату) на формування постави.

Кожен орган тіла має свій центр тяжіння (ЦТ) і точку опори (ТО). Наприклад, ЦТ голови знаходиться в ділянці виличної дуги, а ТО – у ділянці з'єднання потиличної кістки з першим шийним хребцем. Це означає, що ЦТ голови знаходиться дещо попереду ТО. Для утримання голови в прямому положенні м'язи тильної поверхні шиї та частково спини мають перебувати певний час у тонічному стані.

ЦТ тулуба знаходиться попереду нижніх грудних хребців, а ТО – на сидничних буграх таза. Для утримання вертикального положення тіла (під час письма, малювання тощо) вектор сили ЦТ має відповідати вектору ТО для створення протизваги з виникненням значного напруження м'язів спини та шиї.

Для компенсаторного зменшення напруження м'язів використовується друга ТО, якою є поперековий лордоз.

Третя ТО тіла найбільш постійна – стопи учня, який сидить, розташовані на підставці (підніжці парти) або на підлозі.

Під час письма та малювання учень спирається на кришку стола або парти передпліччями й отримує додаткову, четверту ТО, яка свідчить про невеликий зсув тулуба та ЦТ уперед.

Отже, слухаючи вчителя на уроці, учень може спиратися на три точки (сідничні бугри, стопи, попереки), а під час письма, малювання – на четверту (передпліччя) (Матюшонок М. Т., 2008).

Світло має падати зліва для більшості учнів, які пишуть правою рукою, щоб тінь від руки не заважала процесу письма.

У процесі дослідження було встановлено, що для корекції робочої пози дитини та покращання самопочуття необхідно використовувати короткий відпочинок. Установлено, що втрата робочої пози саме в дітей 5–7 років відбувається через кожні 2–7 хвилин після визначеної для них роботи. Природно, що одноразові фізкультхвилинки (ФХ), які пропонуються дітям з приво-

ду посадки, не мають відчутної педагогічної дії (Державні санітарні правила і норми влаштування, утримання загальноосвітніх навчальних закладів та організації навчально-виховного процесу (ДСанПіН 5.5.2.008-01).

Аналіз результатів безпосереднього впливу ФХ на функціональний стан організму школярів вказує на те, що ефект активного відпочинку має стимулюючий терміновий вплив на відновні процеси за умови статичного навантаження на уроці. Цей висновок ґрунтується на тому, що в цілому питома вага часу на немотивовані рухи та відволікання зменшилася з $9,51 \pm 1,06\%$ загальної тривалості уроку на традиційному уроці до $6,75 \pm 0,78\%$ – на уроці з додатковим динамічним компонентом ($p < 0,05$). Тому час проведення ФХ визначається фазами зміни рівня працездатності та контингенту учнів. Для молодших школярів на кожному уроці варто проводити одну ФХ тривалістю 5 хвилин на 20-й хвилині або дві – тривалістю 2–3 хвилини на 15-й і 30-й хвилині уроку. При цьому м'язи, які перебували в статичному напруженні під час праці, мають виконувати динамічну роботу, а м'язи, які працювали в динаміці, – вправи на розслаблення. Навантаження в комплексі збільшується до середини заняття і знижується наприкінці (Берзін В. І., 2008; Калиниченко І. О., 2010; Заїкіна Г. Л., 2011).

Вимоги до цивільних закладів охорони здоров'я, які передбачається використовувати в особливий період для лікування поранених і хворих військовослужбовців

Лівінський В. Г.

Мета: опрацювання вимог до цивільних закладів охорони здоров'я, які в особливий період передбачається використовувати для лікування поранених і хворих військовослужбовців.

Результати та обговорення. Дослідження організації надання медичної допомоги та лікування поранених і хворих військовослужбовців на різних етапах історичного розвитку дає підстави стверджувати, що практично в усі часи в значній частині випадків воно продовжувалося та закінчувалося в цивільних лікувальних закладах. Не є винятком і сьогодення. Відповідною урядовою постановою передбачено утворення в особливий період Територіальних госпітальних баз (ТерГБ) Міністерства охорони здоров'я України, до складу яких включені як потужні (обласні клінічні лікарні, лікарні швидкої медичної допомоги), так і малопотужні (центральні районні лікарні) заклади охорони здоров'я.

Нормативно-правовими актами щодо їх утворення та функціонування не визначено вимог до них, зокрема щодо надання ще в мирний час тих чи

інших видів медичної допомоги, а також спроможностей та стійкості до роботи в умовах надзвичайних ситуацій тощо. Проте під час надзвичайних ситуацій, а тим більше в умовах особливого періоду підвищити спроможність центральних районних лікарень до надання вищих рівнів медичної допомоги практично нереально, оскільки вони визначаються не тільки наявністю відповідних медичних фахівців, що можна певним чином компенсувати за рахунок мобілізаційних ресурсів, але й наявністю сучасного високотехнологічного медичного обладнання, яким у стислі терміни забезпечити їх практично нереально.

У зв'язку з цим у Міністерстві оборони України опрацьовується альтернативний варіант залучення цивільних закладів охорони здоров'я до лікування поранених і хворих військовослужбовців, який передбачає утворення Тимчасових функціональних об'єднань (ТФО). На відміну від ТерГБ, він передбачає використання лише частини ліжкового фонду визначених цивільних закладів охорони здоров'я. Водночас виставляються підвищені вимоги до їхніх спроможностей щодо надання визначених видів медичної допомоги тощо. Зважаючи на зазначене, при створенні ТФО необхідно зважено підійти до відбору до їх складу закладів охорони здоров'я, які відповідають таким основним вимогам та критеріям:

- мають потужну лікувально-діагностичну та матеріально-технічну базу, забезпечені сучасним медичним обладнанням, укомплектовані висококваліфікованими медичними фахівцями та ще в мирний час надають спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу;
- мають достатній запас стійкості до роботи в умовах обмеження енергетичних, водних, матеріально-технічних і медичних ресурсів, а також спроможні до стійкої ефективної діяльності з максимальним використанням наявної матеріально-технічної бази та людських ресурсів;
- географічне розташування визначених закладів охорони здоров'я може забезпечувати рівномірний і пропорційний розподіл їх ліжкового фонду між зонами відповідальності органів військового управління оперативного рівня;
- приймальні відділення зазначених цивільних закладів охорони здоров'я мають можливість одночасного прийому значної кількості поранених і хворих (не менше 10–12 осіб);
- переведення визначених цивільних закладів охорони здоров'я на роботу в умовах особливого періоду має здійснюватися в максимально стислі строки, без залучення значних матеріальних і фінансових ресурсів;
- як бажана, але необов'язкова вимога, доцільна наявність розташованих поблизу залізничних станцій та аеропортів.

Висновок. Завчасна підготовка закладів охорони здоров'я, їх всебічне матеріально-технічне забезпечення, а також проведення регулярних занять (тренувань) дозволить підготувати їх до роботи в умовах особливого періоду.

**Державні програми з охорони здоров'я в Україні
як інструмент розробки підходів до надання
якісної медичної допомоги**

Коблянська А. В.

Широка поширеність хронічних неінфекційних захворювань яка в усьому світі, а також в Україні є серйозним викликом громадському здоров'ю, дуже змінилися за часів набуття Україною незалежності. Як і в багатьох інших країнах, здоров'я українців перебуває під впливом таких потужних факторів, як старіння населення, швидка урбанізація та глобальне поширення нездорового способу життя. Основними передумовами високого рівня смертності є такі фактори ризику, як паління, зайва вага, брак фізичного навантаження та надмірне вживання алкоголю, поряд з невирішеними проблемами поширення інфекційних захворювань і високого рівня травматизму, а також вплив небезпечних факторів довкілля. Серйозну проблему становить також рівень якості надання медичної допомоги хворим, одним із засобів покращення якої є розробка та вдосконалення ефективних підходів у діагностиці, лікуванні, профілактичних заходах.

Міжнародний досвід переконливо свідчить, що вихідною точкою для дій у галузі охорони здоров'я має стати розподілене між усіма секторами уряду та сферами суспільства визнання необхідності використання комплексного підходу до питань здоров'я населення, втіленого у всебічну національну стратегію, спрямовану на вирішення найбільш важливих пріоритетних завдань, з чітким зазначенням подальших напрямів для діяльності та передбачуваного внеску з боку різних сфер суспільства та секторів економіки. Як приклад виконання цих завдань є законодавчі документи в сфері охорони здоров'я, зокрема «Основи європейської політики і стратегії для ХХІ століття в підтримку дій держави і суспільства в інтересах здоров'я та благополуччя «Здоров'я – 2020» (2014), «Глобальна програма сталого розвитку» ООН (2015), та «Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку на період до 2030 року в Україні» (2016).

Протягом 2002–2011 років в Україні відмічено виконання понад 26 загальнодержавних програм, основне місце серед яких по праву посідає Міжгалузева комплексна програма (МКП) «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки (затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 № 14). Метою програми було зміцнення здоров'я населення, збереження працездатності, поліпшення демографічної ситуації, підвищення ефективності медико-санітарної допомоги та створення умов здорового способу життя. В основу Програми покладено принципи державної політики у сфері охорони

здоров'я та принципи ВООЗ, а домінантою виконання наукової частини Програми є профілактична спрямованість усіх заходів, які розробляються та впроваджуються вченими установ Національної академії медичних наук України.

МКП «Здоров'я нації» включала в себе 38 розділів, які вивчали здоров'я населення України. Фахівцями системи НАМН України досягнуто найвагоміших здобутків за розділами: Державна політика у сфері охорони здоров'я (розділ I); Здоров'я дітей і молоді (розділ IV); Зниження захворюваності на серцево-судинні хвороби (розділ IX); Боротьба з раком (розділ X); Боротьба з хворобами крові, кровотворної та лімфоїдної тканини (розділ XI); Алергії та бронхіальна астма (розділ XIII); Скорочення поширеності психічних розладів, самогубств, алкоголізму та наркоманії (розділ XVI); Політика з питань довкілля та охорони здоров'я (розділ XX) тощо.

Головною установою в реалізації наукової частини програми було призначено ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України». Безпосередньо виконували науково-дослідні роботи (НДР) за заходами програми фахівці 23 інститутів (серед них 18 клінічних), підпорядкованих НАМН України. Усього виконано 86 НДР, зокрема з кардіології – 6, психіатрії – 16, гастроентерології – 4, онкології – 7, з оцінки впливу факторів ризику на здоров'я – понад 30 робіт. У цілому з питань основних неінфекційних захворювань – близько 40 науково-дослідних робіт (46,5 %).

Аналіз результатів виконання НДР у МКП «Здоров'я нації» переконливо довів ефективність цільового планування державної політики, про що свідчать результати та впровадження програми. Так, протягом 2002–2011 років за результатами НДР: надруковано і подано до друку статей і тез у наукових виданнях – 1449; зроблено доповідей – 1005; розроблено стандартів (з метою покращення надання медичної допомоги) – 54; отримано патентів – 102; видано методичних рекомендацій – 65; видано інформаційних листів – 55; видано посібників/монографій – 22; зроблено нововведень – 42 (30 з яких – з питань клінічної медицини); розроблено алгоритмів діагностики та лікування – 69.

Усі вищенаведені досягнення отримали акти впровадження в практику охорони здоров'я, що свідчить про високий рівень медичної, соціальної та економічної ефективності досліджень. І це, в свою чергу, є підтвердженням заінтересованості медичної спільноти, керівників різного рівня закладів охорони здоров'я у використанні сучасних ефективних і безпечних методів у курації хворих і здійсненні профілактичних заходів, що сприятиме підвищенню якості здоров'я, поліпшенню медико-демографічних показників населення України.

Досвід організації заходів з інфекційного контролю за туберкульозом в умовах обласного центру СНІДу

Чухалова І. В., Марченко Н. Є., Маргіміч І. М., Дараган Г. М.

Дніпропетровська область належить до регіонів України з високими показниками захворюваності на ко-інфекцію ВІЛ/туберкульоз (ВІЛ/ТБ).

За підсумками 2016 року, по області показник захворюваності на активний туберкульоз у поєднанні з хворобою, зумовленою вірусом імунодефіциту людини (СНІД), становив 19,5 на 100 тис. населення, що у 1,8 раза перевищує аналогічний показник по Україні (10,6) [1].

Зважаючи на це, надзвичайно актуально постає питання впровадження ефективної системи заходів з інфекційного контролю за туберкульозом (ІК за ТБ) у лікувально-профілактичних закладах, зокрема тих, що надають спеціалізовану медичну допомогу ВІЛ-позитивним і хворим на СНІД.

Комунальний заклад «Дніпропетровський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом» (обласний центр СНІДу) належить закладів, що надають третинну медичну допомогу. У закладі проводиться діагностика та лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу та опортуністичних інфекцій, призначається постконтактна профілактика та профілактика вертикальної трансмісії, здійснюється видача препаратів АРВ-терапії тощо. До підрозділів з найбільшим ризиком трансмісії збудника туберкульозу належать стаціонарне та амбулаторно-поліклінічне відділення закладу.

У стаціонарному відділенні, яке розраховане на 30 ліжок, щорічно лікується 550–650 пацієнтів. Середній час перебування на ліжку 15–18 діб. До 70% пацієнтів перебувають у III, IV клінічній стадії ВІЛ-інфекції, що супроводжується тяжкою імуносупресією.

До стаціонарного відділення не госпіталізуються пацієнти з підтвердженим випадком активного туберкульозу, але в процесі подальшого дообстеження туберкульоз, у тому числі органів дихання, може бути виявлений у 6–10% пацієнтів.

Амбулаторно-поліклінічне відділення щорічно надає консультативну допомогу 9,5–11 тис. пацієнтів, майже половина з яких – у стадії тяжкої імуносупресії та має опортуністичні інфекції, у т. ч. не діагностований туберкульоз. Крім того, у відділенні проводиться амбулаторний прийом дітей (9 % від загальної кількості прийомів) і вагітних (10 %), що створює необхідність упровадження додаткових заходів щодо респіраторної безпеки в цьому підрозділі закладу.

З метою недопущення перехресного інфікування туберкульозом пацієнтів і медперсоналу, для створення безпечних умов надання медичної допомоги в Дніпропетровському обласному центрі СНІДу розроблено та впроваджено систему заходів з інфекційного контролю за туберкульозом.

У межах **адміністративного контролю** в закладі створено Комісію з інфекційного контролю та забезпечено її стабільну роботу. Проведено розподіл структурних підрозділів за ризиком інфікування туберкульозом і щорічно складається план з ІК за ТБ.

Шляхом розробки стандартних операційних процедур (СОП) регламентовано порядок розподілу потоків пацієнтів, у т. ч. у випадку виявлення туберкульозу в умовах стаціонарного відділення, процедуру збору мокротиння, визначено кратність зміни респіраторів персоналу та масок пацієнтів, прибирання та провітрювання палат і боксів тощо.

На регулярній основі для фахівців центру проводяться заняття з питань організації заходів з ІК за ТБ, під час яких лікар-епідеміолог представляє теоретичний матеріал, проводиться тестування з оцінки знань, переглядаються тематичні відеоматеріали, відпрацьовуються навички правильного одягання респіратора, проводиться Фіт-тест тощо.

Заходи інженерного контролю. Зважаючи на роботу закладу в умовах обмежених фінансових ресурсів, дороговартісні заходи щодо облаштування припливно-витяжної вентиляції не проводяться. Застосовується природна вентиляція.

У зонах високого та середнього ризику відповідно до розрахункової кількості розміщені екрановані УФ-опромінювачі. Проводиться їх регулярна очистка та оцінка ефективності роботи за допомогою радіометра (УФ-С).

Респіраторний захист. Для здійснення респіраторного захисту всі працівники закладу, які працюють у зоні високого ризику щодо інфікування туберкульозом, забезпечені респіраторами з хепа-фільтрами (FFP2). Щорічно проводиться розрахунок потреби в респіраторах з урахуванням кратності їх заміни.

Пацієнти стаціонарного відділення, зокрема ті, що перебувають в умовах діагностичної палати або боксу, постійно носять одноразові маски та мають обмеження щодо пересування у відділенні (необхідні діагностичні лікувальні процедури, харчування проводяться у боксі/палаті).

Наведена система заходів з інфекційного контролю за туберкульозом у закладі доводить свою ефективність протягом багатьох років. За останні 5 років у Дніпропетровському обласному центрі СНІДу не зареєстровано жодного випадку захворювання на туберкульоз серед працівників закладу.

Висновок. Зважаючи на наявність у закладах охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з ВІЛ/СНІДом, хворих з недіагнованим туберкульозом або підозрою на туберкульоз, питання впровадження ІК за ТБ постає надзвичайно актуально.

За умови ефективної дії системи з ІК за ТБ у медичному закладі можливо забезпечити безпечні умови лікування пацієнтів з імунodefіцитом, а також суттєво знизити ризик перехресного інфікування туберкульозом пацієнтів і медичних працівників.

Література

1. Показники захворюваності на туберкульоз та діяльність протитуберкульозних закладів України за 2016 рік: довідник. – ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України».

Єдиний медичний простір: вимога часу

Жаховський В. О.

Життя та здоров'я громадян визнані в Україні найвищою соціальною цінністю, а охорона їх здоров'я та створення безпечних умов життєдіяльності визначені одними з найважливіших функцій держави. Держава формує політику у сфері охорони здоров'я в Україні та забезпечує її виконання шляхом реалізації положень Конституції та законів України щодо створення безпечних умов життя та праці громадян, зокрема військовослужбовців, надання якісної медичної допомоги та запровадження ефективних механізмів фінансування й управління системою охорони здоров'я.

За поглядами науковців та на думку автора, єдиний медичний простір слід розглядати як один з основних стандартів у сфері охорони здоров'я, що передбачає забезпечення рівного доступу всіх громадян країни до фінансованої державою медичної допомоги незалежно від місця знаходження, матеріального становища пацієнта чи його роботи.

Єдиний медичний простір – це спільне ефективне та раціональне використання можливостей закладів охорони здоров'я всіх форм власності, що розташовані на визначеній території. Єдиний медичний простір не виключає можливості існування відомчої, зокрема військової медицини. За таких підходів єдиний медичний простір для військовослужбовців передбачає гарантоване їх забезпечення державою всіма видами медичної допомоги починаючи від поля бою і до повної реабілітації.

На думку автора, під час формування засад єдиного медичного простору необхідно визначати чинники, елементи, інструменти та результат. До чинників єдиного медичного простору слід віднести: політичний – це реалізація зобов'язань держави перед суспільством та кожною людиною щодо збереження його здоров'я; соціальний – забезпечення соціальних гарантій і реалізація права кожної людини на охорону здоров'я; економічний – формування необхідної та економічно обґрунтованої моделі охорони здоров'я суспільства та кожної людини. Елементами єдиного медичного простору є: законодавча та нормативно-правова база охорони здоров'я, система закладів охорони здоров'я, доступність всіх елементів системи охорони здоров'я для громадян України.

На підставі наведеного основним інструментом формування засад єдиного медичного простору є запровадження загальнообов'язкового медичного страхування, а результатом – безпечне середовище, своєчасна та якісна медична допомога, здорова людина.

За таких умов військово-медичні служби будуть спроможними повноцінно та ефективно надавати медичну допомогу в районах бойових дій і наближених до них, а надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги буде здійснюватись як у військових, так і цивільних закладах охорони здоров'я. У мирний же час, реалізуючи засади єдиного медичного простору та використовуючи досвід провідних країн світу, заклади охорони здоров'я Збройних Сил України та інших військових формувань залучаються до надання медичної допомоги цивільному населенню, насамперед під час надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру та в особливий період.

Висновок. Створення єдиного медичного простору є актуальною та нагальною проблемою розвитку та формування сучасної ефективної системи національної охорони здоров'я. Єдиний медичний простір слід розглядати як спільне ефективне та раціональне використання можливостей закладів охорони здоров'я всіх форм власності та підпорядкованості, розташованих на визначених територіях, що не виключає можливості існування відомчої медицини. Воєнно-медична доктрина України є інструментом формування воєнної охорони здоров'я та залучення її в загальнодержавну систему національної охорони здоров'я на засадах єдиного медичного простору.

Изучение антимикробных свойств иммобилизованных волокнистых N-хлорсульфонамидов

Романенко Л. И., Торопин В. Н., Сурмашева Е. В.

Для обеспечения стойкой антимикробной защиты раневой поверхности весьма актуальным является создание перевязочного материала с антимикробными свойствами. Время действия и доза антимикробного препарата, выделившегося из материала, должны быть таковыми, чтобы обеспечить защиту раны от возможного вторичного инфицирования (за счет скопления экссудата) и при этом не оказывать токсического действия на организм. Применение перевязочных материалов пролонгированного действия исключает необходимость в частых перевязках, что уменьшает травмируемость раны и обеспечивает более быстрое заживление.

Подтверждение наличия у материалов антибактериальных и антигрибковых свойств является обязательным условием, которому должен соот-

ветствовать перевязочный материал пролонгированного действия. С этой целью нами методом «агаровых пластин» изучено антибактериальное и антигрибковое действие волокнистого нетканого иммобилизованного N-хлорсульфонамида (I). Содержание активного хлора в исследуемом образце материала 10 %, толщина – 2,5 мм, поверхностная плотность – 340 г/м².

В качестве тест-штаммов микроорганизмов использовали основные возбудители раневой инфекции: *E. coli* ATCC 25922, *S. aureus* ATCC 6538 и *C. albicans* ATCC 10231. Подготовку тест-микроорганизмов на питательных средах проводили согласно Государственной фармакопее Украины – 2011 (ДФУ-2011). Перед исследованием контролировали ростовые свойства питательных сред согласно методике контроля ростовых свойств питательных сред, приведенной в ДФУ-2011. Проводили соответствующие негативные контроли согласно ДФУ- 2011 по п. 2.6.1.

Для определения антибактериального и антигрибкового действия материала методом «агаровых пластин» поступали следующим образом: три флакона с расплавленным и охлажденным до +45°С мясо-пептонным агаром (МПА) контаминировали суспензиями тест-штаммов микроорганизмов *E. coli*, *S. aureus* и *C. albicans*. Микробная нагрузка составляла 1×10^7 КУО/мл. По 20 мл контаминированной микроорганизмами среды разливали в чашки Петри и оставляли до застывания среды. На поверхность застывшего МПА помещали тест-образцы иммобилизованного N-хлорсульфонамида на сополимере стирола с дивинилбензолом в форме волокнистого нетканого материала размером 2×2 см. Испытание для каждого из тест-штаммов микроорганизмов проводили параллельно на трех чашках Петри. Исследуемые образцы инкубировали в термостате на протяжении 24–48 ч. при температуре +37 °С. После окончания инкубации измеряли диаметр зон отсутствия роста микроорганизмов вокруг образцов. Оказалось, что задержка роста по отношению к испытуемым тест-штаммам микроорганизмов *E. coli*, *S. aureus* и *C. albicans* наблюдается только под образцами материала. Такой результат показался нам не вполне достоверным. Сделано предположение, что поскольку испытуемый материал имеет волокнистую, пушистую структуру, отсутствие зон задержки роста микроорганизмов за пределами тест-образцов является следствием плохого их контакта с поверхностью МПА.

В этой связи для получения достоверного результата антибактериального и антигрибкового действия материала в метод «агаровых пластин» была внесена модификация, которая заключалась в следующем. Каждый тест-образец хлорвыделяющего материала вносили в еще не застывшую питательную среду МПА (+45°С) так, чтобы были покрыты его боковые стороны. Далее поступали в соответствии с описанной методикой определения антимикробного действия материала методом «агаровых пластин».

Задержка роста микроорганизмов вокруг опытных тест-образцов иммобилизованного N-хлорсульфонамида (I) наблюдалась во всех повторях по отношению к примененным тест-штаммам микроорганизмов в пределах: 6,0–7,0 мм – для *E. coli*; 16,0–25,0 мм – для *S. aureus*; 4,0–6,0 мм – для *C. albicans*.

Полученные результаты можно объяснить следующим образом. Поскольку в питательной среде содержатся водные растворы аминокислот и солей аммония, главным образом аммоний хлористый, испытуемый материал при условии смачивания в их присутствии способен активироваться с выделением активного хлора, в виде биогенных N-хлораминов и хлорноватистой кислоты.

На основании полученных результатов микробиологических исследований методом «агаровых пластин» и его модификации можно предположить, что аналогичным образом материал (I) будет вести себя при контакте с кожными покровами человека (или животного). В случае соприкосновения с сухим кожным покровом материал будет оставаться неактивным. При контакте с раной и появлением раневого экссудата, в состав которого входят белки, лейкоциты, эритроциты, минеральные вещества и клеточные элементы, из материала в течение определенного промежутка времени (24–48 ч.) будет происходить постепенное выделение активного хлора в количестве, достаточном для обеззараживания экссудата на протяжении времени выделения хлора. Благодаря этому свойству материал способен обеспечить надежную защиту раны от инфицирования на протяжении 1–2 суток, что особенно важно в условиях чрезвычайных ситуаций.

Методичні аспекти запобігання ризику для здоров'я пацієнтів при проведенні R-діагностичних процедур у медичній практиці

Дац І. В., Скалецька Н. М.

Використання джерел іонізуючого випромінювання в медичній практиці на сучасному етапі сягнуло високого рівня технологічного та інформативного забезпечення діагностики, профілактики та лікування пацієнтів. Практична діяльність у медицині формує потужне надфонове навантаження на організм пацієнта не тільки в разі ургентних станів і травм, онкологічних хвороб і досліджень за життєвими показами (категорія пацієнтів АД – за НРБУ-97), а також при діагностиці стоматологічної патології, профілактичних щорічних оглядах тощо.

Загалом це світова тенденція. Так, внесок медичного опромінення у середню ефективну дозу опромінення населення США у період з 1987 по

2006 рік зріс з 15% до 48%. Половину рентгенологічних досліджень на 2006 рік становила комп'ютерна томографія, а доза техногенного опромінення (через зростання медичної складової) досягла такої ж величини, як доза від природних джерел випромінювання (Bolus N.E., 2013).

В Україні середні дози від медичного опромінення, за даними окремих авторів, коливаються у межах 0,8-1,0 мЗв. Реально ж моніторинг доз медичного опромінення громадян в Україні на постійних засадах не проводиться (Севальнєєв А.І. та інш., 2012).

Окрім того, на пострадянському просторі проведення до 30-40% рентгенологічних досліджень з метою уточнення діагнозу є недостатньо обґрунтованими (Соловьев М.Ю. и др, 2006).

Якщо ще й врахувати, що доза опромінення пацієнта значною мірою залежить від технічного стану рентгенодіагностичної апаратури, її комплектації (в Україні переважно немає підсилювачів рентгенівського зображення), то є усі підстави стверджувати, що реальні дози медичного опромінення населення України значно вищі за попередньо оцінені.

Мета нашої роботи – вивчити частоту та кількість проведених R-графічних діагностичних процедур у практиці надання терапевтичної стоматологічної допомоги, ортопедії та травматології, при закритих переломах кінцівок побутового походження. За викопіюванням даних індивідуальних карток пацієнтів встановлено, що під час пломбування зубних каналів пацієнту проводиться 3-5-кратне R-діагностичне обстеження, при накладанні гіпсових пов'язок, вправленні вивихів, контролі зростання неускладнених фрактур – від 3-4 досліджень. За нашими підрахунками, отримана ефективна доза опромінення може дорівнювати від 2 до 20 мЗв·рік⁻¹, що не перевищує встановлені радіаційно-гігієнічні регламенти для медичного опромінення населення, однак потребує подальшого детального вивчення ризиків виникнення віддалених стохастичних і можливих детерміністичних ефектів на клітинному та організмічному рівнях.

Виконання положень Закону України «Про захист людини від іонізуючих випромінювань» і реалізація мети постанови Кабінету Міністрів України від 24 квітня 2001 р. № 379 «Про порядок створення єдиної системи контролю та обліку індивідуальних доз опромінення населення» вивчення дозиметричної інформації дасть можливість порівнювати, аналізувати та планувати подальше медичне опромінення кожного пацієнта з розрахунком на референтний вік, виявляти критичні ситуації, що є загрозливими щодо ризику перевищення допустимих рівнів опромінення, та обґрунтувати комплекс індивідуальних необхідних заходів, спрямованих на подальшу оптимізацію медичного диспансерного спостереження або надання потрібної медичної допомоги, з урахуванням усіх дозоформуючих параметрів для кожного пацієнта на рівні обслуговування сімейним лікарем.

Нозокоміальний інфекційний ендокардит

Колтунова Г. Б., Крикунов О. А., Буряк Р. В., Списаренко С. П., Малишева Т., Пустовалова А. О., Хмелевський А. М.

Анотація. Нозокоміальний інфекційний ендокардит (ІЕ) є важливою проблемою охорони здоров'я та реєструється, за літературними даними, у 10–34 % випадків ІЕ. Це захворювання пов'язане з госпітальними факторами інфікування та супроводжується більш високою смертністю порівняно з позалікарняним ІЕ.

Мета дослідження: дослідити вплив нозокоміального фактора на мікробіологічний спектр збудників інфекційного ендокардиту.

Матеріали та методи. У дослідження включено клінічні дані 116 хворих на інфекційний ендокардит, що пройшли обстеження та лікування в ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М. М. Амосова АМН України» з 01.01.2014 по 01.12.2016. Бактеріологічні дослідження крові після госпіталізації було виконано у всіх 116 хворих на інфекційний ендокардит.

Результати. Частота реєстрації нозокоміальних форм інфекційного ендокардиту становила 31 (26,7%) випадок. Госпітальні форми інфекційного ендокардиту супроводжувалися більш високою часткою ідентифікації *Enterococcus* spp. – 13(48,1%) випадків, порівняно з часткою *Staphylococcus* spp. – 12 (18,5%) випадків ($p=0,018$). Наявність *Enterococcus* spp. у крові супроводжувалася найбільшою частотою реєстрації міцелію грибів у інтраопераційному матеріалі – 12(44%) випадків ($p=0,008$). Грибкова флора майже вдвічі частіше супроводжувала госпітальні форми ІЕ порівняно з негоспітальним ІЕ ($p=0,019$).

Висновок. Висока частота одночасної реєстрації поєднання ентерококів з грибковою флорою свідчить про необхідність своєчасного призначення фунгіцидних препаратів у хворих нозокоміальними формами інфекційного ендокардиту.

Об ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения в Украине

Бабкина Е. П.

Одной из важнейших задач нашего государства является оказание квалифицированной медицинской помощи населению, что предусмотрено в статье 49 Конституции Украины: «Каждый имеет право на охрану здоровья, медицинскую помощь и медицинское страхование...». Неправильные дей-

ствия медицинского персонала могут быть основанием для привлечения врача или другого медицинского работника к дисциплинарной или уголовной ответственности. Уголовная ответственность врача наступает за преступления, предусмотренные в Уголовном кодексе Украины. Согласно статье 11 УК Украины под преступлением «...признается общественно опасное деяние, совершенное субъектом преступления, посягающее на общественный или государственный строй, ... личность... и другие права граждан...». В отношении медицинских работников преступлением будет такое их опасное действие или бездействие, которое причиняет вред здоровью отдельной личности или группы населения, а именно: неоказание помощи больному; незаконное производство аборта; умышленное или неосторожное повреждение; умышленное или неосторожное убийство. Законодательство Украины, а также ведомственные нормативные акты Министерства здравоохранения обязывают медицинских работников оказывать медицинскую помощь лицам, которые пострадали от несчастных случаев либо внезапно заболели в любое время и в любом месте. Ответственность за неоказание медицинской помощи больному медицинским работником предусмотрена в статье 139 УК Украины. Неоказание медицинской помощи больному выражается в том, что врач или другой медицинский работник не выполняет в конкретных условиях действий, направленных на спасение жизни или облегчение страданий больного. Это могут быть действия как непосредственно медицинского характера (остановка кровотечения, искусственное дыхание и т. д.), так и в последовавших действиях (доставка в лечебное учреждение, вызов скорой помощи и т. д.). Уважительными причинами неоказания медицинской помощи могут быть следующие: болезнь или крайнее переутомление медицинского работника, невозможность в момент вызова оставить другого тяжелого больного. Незаконное производство аборта (статья 134 УК Украины) заключается в действиях по прерыванию беременности у женщины другим человеком, не имеющим специального медицинского образования. Закон предусматривает искусственное прерывание беременности. Однако производство аборт разрешено только в лечебных учреждениях. Все другие случаи производства аборта считаются незаконными и уголовно наказуемыми. Уголовная ответственность не наступает только в тех случаях, когда медицинский работник, производивший аборт, действовал в условиях крайней необходимости, то есть производил эту операцию по жизненным показаниям. К уголовной ответственности медицинские работники также могут быть привлечены за последствия, обусловленные нарушением профессиональных обязанностей. Эти последствия могут выражаться в смерти больного, причинении вреда больному в виде повреждений различной степени тяжести. Если последствием противоправных действий врача при выполнении им профессиональных обязанностей будет смерть больного, врач может быть

привлечен к ответственности по статье 115 (умышленное убийство), статье 119 (убийство по неосторожности). Если же последствия неправомерных действий врача ограничиваются различной степенью вреда здоровья, врач несет ответственность за умышленное или неосторожное причинение тяжких, средней тяжести или легких телесных повреждений (статьи 121, 122, 125). Ответственность за умышленное или неосторожное убийство, а также за причинение телесных повреждений может наступить в результате незаконного применения некоторых новых методов диагностики и лечения. В медицинской практике разрешается применение только таких методов диагностики, лечения и профилактики, которые разрешены Министерством здравоохранения Украины. К данной группе преступлений относится также заражение пациентов ВИЧ-инфекцией. Опасность при этом состоит в том, что инфицированный человек может длительное время не знать об этом и при несоблюдении правил предосторожности составлять опасность для окружающих (статья 130 УК Украины). К уголовным преступлениям против здоровья населения относятся: нарушения правил борьбы с эпидемией (статья 325), изготовление, хранение и сбыт наркотических и сильнодействующих веществ. При этом следует отметить, что врач несет уголовную ответственность как в случае ненадлежащего выполнения установленных санитарно-гигиенических и противоэпидемиологических правил, так и в случае их невыполнения, то есть в результате собственного бездействия. Нарушение правил производства, изготовления, переработки, хранения, учета, отпуска, реализации, продажи, распределения, перевозки, пересылки, приобретения, использования, ввоза или вывоза, уничтожения наркотических веществ или психотропных средств и т. д. — уголовно наказуемое деяние по статьям 307–320. Наиболее частым должностным преступлением является злоупотребление властью или служебным положением (статья 364). Например, при определении нетрудоспособности, инвалидности, годности к военной службе и т. д. Превышение власти и служебных полномочий (статья 365) применительно к деятельности медицинских работников проявляются: в действиях, входящих в компетенцию вышестоящего должностного лица, которые могут быть совершены только коллегиально или которые неправомочно совершать любое должностное лицо и т. д. При вымогательстве незаконного вознаграждения, связанного с обслуживанием населения, а также за получение должностным лицом взятки за исполнение или неисполнение в интересах дающего взятку какого-либо действия с использованием предоставленной ему власти или служебного положения, это должностное лицо наказывается в соответствии со статьями 368, 370. Служебный подлог — это внесение должностным лицом в официальные документы заведомо ложных сведений, иная подделка документов, а также составление и выдача заведомо ложных документов (статья 366). В отношении медицинских работников та-

кими документами могут быть истории болезни, медицинская книжка, амбулаторный журнал, различные медицинские справки и т. д. Следует отметить, что своевременная диагностика, правильно выбранная тактика и методы лечения, индивидуальный подход к каждому больному, использование новых технологий значительно повысят качество лечебно-профилактической работы и уменьшат число судебно-медицинских экспертиз, проводящихся в случаях врачебных дел.

**Один з етапів вирішення актуального питання
судово-медичної експертизи – встановлення крові менструального
походження**

Варуха К. В.

Вступ. У практиці судово-медичних експертів інколи виникають питання про встановлення менструального генезу крові, особливо в тих ситуаціях, коли на місці події виявлено декілька видів підозрілих слідів крові, частина з яких, припустимо, можуть бути слідами менструального походження.

Однак дотепер у сучасній судово-медичній практиці не розроблено остаточно достовірних методів визначення менструального походження крові в об'єктах, у зв'язку з чим це питання є досить актуальним як для правоохоронців у процесі досудового розслідування, так і для судово-медичних експертів під час виконання ними експертизи.

У ході власного вивчення відомих шляхів вирішення цього питання було встановлено, що міометрій стимулюють простагландини, які зі ступенем синтезу і деградації регулюють багато процесів, у тому числі й менструальний цикл.

Простагландини належать до групи простаноїдів і являють собою особливий клас біологічно активних речовин, що синтезуються всередині клітини і звільняються в тих же клітинах, на які вони діють. У більшості тканин організму простагландин E2 та простагландин F2 α є антагоністами. Кількість кожного з них якраз і визначає стан органу. З фахових літературних джерел відомо, що кількість простагландинів у статевих органах на порядок вища, ніж в інших. У ході проведеного нами попереднього етапу дисертаційного дослідження було встановлено, що одним з критеріїв виявлення крові менструального походження в наданих на судово-медичну експертизу речових доказах є наявність простагландину F2 α . Це дало нам підставу для створення робочої гіпотези про те, що саме велика кількість цих виявлених речовин в об'єкті дослідження може бути маркером менструального походження слідів крові.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження стали медичні картки амбулаторних хворих жінок із запальними захворюваннями статевих органів і здорових жінок. У роботі були використані аналітичний і порівняльний методи дослідження.

Результати та обговорення. Для вирішення поставленого завдання нам було необхідно впевнитись, що вміст простагландинів може бути діагностично значущим для визначення саме менструального походження, якщо їх кількість в інших секретах статевих органів буде статистично відрізнятись. Для порівняння цього кількісного вмісту об'єктами дослідження було взято: піхвова рідина та менструальна кров здорових жінок і жінок із запальними процесами статевих шляхів, а також капілярна кров здорових жінок. У кожному об'єкті визначали кількісний вміст простагландину F2 α . Було обстежено 192 жінки, з них 83 – здорові особи, 109 – із запальними процесами статевих органів. Загалом було проведено 352 дослідження за методом висхідної тонкошарової хроматографії.

Під час дослідження було встановлено, що в піхвовій рідині жінок із запальними процесами вміст простагландину F2 α був вищим, ніж у здорових жінок (група порівняння), і становив $9,75 \pm 0,06$ мкг/мг ($p < 0,001$) та $10,46 \pm 0,03$ мкг/мг відповідно. У жінок із запальними процесами кількісний вміст простагландину F2 α в менструальній крові також був вищим, ніж у здорових жінок (група порівняння), і становив $14 \pm 0,07$ мкг/мг ($p < 0,001$) та $16,24 \pm 0,04$ мкг/мг відповідно. Тобто стало вочевидь, що при запальних процесах статевих органів кількісний вміст простагландину F2 α збільшується.

Однак при проведенні наступного етапу порівняльного аналізу отриманих результатів було виявлено, що кількісний вміст простагландину F2 α в менструальній крові здорових і хворих жінок був діагностично вищий, ніж такий у піхвовій рідині здорових і хворих жінок і в капілярній крові.

Висновок. Таким чином, за результатами наступного етапу дослідження було встановлено, що кількісний вміст простагландину F2 α в менструальній крові як здорових жінок, так і в осіб із запальними процесами статевих органів діагностично (статистично) значно відрізнявся від вмісту в групах порівнянь, що дає змогу використовувати цей показник як маркер менструального походження крові.

Література

1. Барсеянц Л. О. Современное состояние судебно-медицинского исследования вещественных доказательств и пути развития / Л. О. Барсеянц, А. Ф. Кинле // Перспективы развития и совершенствования судебно-медицинской науки и практики: Материалы VI Всероссийского съезда судебных медиков. – Москва – Тюмень, 2005. – С. 43–45.

2. Загрядская А. П., Ревнитская Л.А. Выявление вагинальных клеток в следах-наложениях у подозреваемых в половых преступлениях // Актуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы живых лиц. – М., 1996. – С. 102–106.

3. Спиридонов В. А., Перельман М. В. Из истории судебно-биологических исследований вещественных доказательств / В. А. Спиридонов, М. В. Перельман // Судебно-медицинская экспертиза. – 2009. – № 2. – С. 47–48.

Організація мікробіологічного моніторингу в кардіохірургічному центрі

Філоненко Г. В.

Мікробіологічний моніторинг є невід’ємною частиною організації системи інфекційного контролю, що дозволяє стежити за циркуляцією збудників інфекцій, пов’язаних з наданням медичної допомоги (ППМД), змінами в їх структурі, тенденціями розвитку стійкості до антимікробних препаратів (АМП), а також виявляти епідеміологічні зв’язки, що особливо важливо при розслідуванні спалахів і випадків внутрішньолікарняного інфікування.

Уніфікована система нагляду за основними збудниками госпітальних інфекцій та їх резистентністю до АМП створюється з метою організації інформаційних потоків для прийняття на різних рівнях управлінських рішень, спрямованих на підвищення якості надання медичної допомоги в кардіохірургічному центрі.

Мікробіологічний моніторинг необхідний для вирішення низки завдань, таких як етіологічна розшифровка ППМД, виявлення госпітальних штамів мікроорганізмів і розробка стратегії й тактики боротьби з ними, динамічна оцінка та коригування проведеної антимікробної терапії на основі організації раціональної взаємодії лікарів і бактеріологів. Його завданнями також є виявлення бактеріоносіїв збудників ППМД серед медичного персоналу та факторів їх передачі в лікувально-діагностичному процесі, мікробіологічної оцінки якості проведених санітарно-протиепідемічних (профілактичних) заходів на основі організації раціональної взаємодії госпітальних епідеміологів і бактеріологів. Це забезпечить своєчасну корекцію лікарського формуляра антибіотикотерапії при комплексній взаємодії клінічних фармакологів, бактеріологів і госпітальних епідеміологів.

Організація мікробіологічного моніторингу пов’язана з вирішенням багатьох питань і вимагає зусиль фахівців різного рівня, від керівника установи до молодшого медичного персоналу. В основі системи мікробіологічного моніторингу лежить раціональний розподіл сил, засобів та обов’язків різних груп виконавців, завданням яких є: аналіз захворюваності

госпітальними інфекціями (збір та облік інформації, що надходить), визначення груп ризику пацієнтів, які підлягають включенню до моніторингу, відбір проб біоматеріалу для дослідження та своєчасна доставка в лабораторію, якісне бактеріологічне дослідження (ідентифікація збудника і визначення чутливості до АМП), надання рекомендацій щодо антибактеріальної терапії, організація взаємодії клініцистів, фармакологів, епідеміологів і бактеріологів для прийняття адекватних управлінських рішень.

Ефективний обмін інформацією між різними структурними рівнями системи мікробіологічного моніторингу можливий тільки за умови наявності та використання програмного забезпечення.

Стандартизація термінології дає можливість однозначного розуміння, тлумачення та вільного спілкування всіх заінтересованих осіб у сфері мікробіологічного моніторингу, а стандартизація показників і методик дозволяє отримувати достовірну інформацію, проводити її аналіз та порівнювати отримані результати. Для проведення об'єктивного аналізу результатів наглядку слід використовувати в бактеріологічних лабораторіях кардіохірургічного центру адекватний набір АМП, стандартні методи тестування, програмне забезпечення (WHONET і ін.), а також дотримуватися правил внутрішнього контролю якості для тестування штамів.

Сучасні мікробіологічні лабораторії, що здійснюють діагностику інфекційних захворювань, мають широкі можливості у сфері автоматизації процесу ідентифікації, а також більш поглибленого вивчення властивостей мікроорганізмів. Автоматизація методів ідентифікації значно скорочує кількість ручних операцій і час виробничого циклу, підвищуючи біологічну безпеку і знижуючи ризик контамінації. Автоматичні системи для мікробіологічних лабораторій забезпечують стандартизацію всього процесу дослідження та об'єктивний облік результатів. Експертна система візуалізації зразків проводить ідентифікацію видової приналежності патогену та визначення чутливості його до антибактеріальних препаратів. Усі автоматичні системи, які використовуються для виконання діагностичних досліджень, мають можливість інтегрування в загальну мережу обміну, формування та зберігання бази даних результатів, що дозволяє створити єдину автоматизовану лінію, яка забезпечує якісно новий рівень діагностики бактеріальних інфекційних захворювань.

Організація мікробіологічного моніторингу разом з іншими інформаційно-моніторинговими системами має на меті ефективне використання отриманої інформації для пріоритетного забезпечення охорони здоров'я пацієнтів і санітарно-епідеміологічного благополуччя населення в цілому.

**Особливості медичного супроводу пацієнтів
з надуманими (уявними) паразитозами
та арахноентомозами**

*Гушук І. В., Драб Р. Р., Гільман А. Ю.,
Сафонов Р. В., Бялковський О. В.*

Стан здоров'я населення є однією з найбільших цінностей та необхідною умовою соціально-економічного благополуччя нашої держави, а також запорукою її національної безпеки.

В умовах реформування медичної галузі особлива увага звертається на профілактику захворювань та посилення первинної медико-санітарної допомоги, яка повинна бути максимально наближеною для пацієнта і забезпечувати його доступними, безперервними, своєчасними, якісними, ефективними та безпечними медичними послугами. При цьому неефективна реорганізація Держсанепідслужби призвела до розбалансування системи дієвого епідеміологічного нагляду, в т. ч. за поширеністю паразитозів, які посідають друге місце в структурі захворюваності населення після грипу та ГРВІ.

Ця робота присвячена проблемі надуманих, так званих уявних паразитозів, з чим доволі часто доводиться зустрічатися фахівцям лікувального та профілактичного напрямів. Як правило, причинами збільшення випадків таких звернень до лікарів є зростання ролі інформаційних технологій і комунікацій у повсякденному житті людини (Інтернет, ЗМІ тощо). Громадяни отримують неперевірену, часто не коректну, а в деяких випадках – умисно неправдиву інформацію стосовно масової ураженості населення паразитами, їх першочергової ролі в патогенезі та етіології всіх без виключення захворювань людей, труднощів або взагалі неможливості їх діагностики. Ця інформація нерідко поширюється, в тому числі, й через меркантильні інтереси. Така спотворена інформація може сприяти розвитку масового індукованого психозу або інших нав'язливих станів у осіб зі сприйнятливою психікою. Приблизно у 12% випадків у пацієнтів з уявними арахноентомозами або паразитозами члени їх родин або найближче оточення вірять в існування уявного паразитозу (так звані «розділені ілюзії»). За дослідженнями зарубіжних вчених, дедалі частіше у молоді помічається наявність нав'язливих думок та ознак обсесивно-компульсивного розладу [**Alister Ward, Jo Salmon, Maxine Duke**]. Вітчизняними дослідниками [А. Гільман] встановлено, що у 78 % студентської молоді переважає асаногенне мислення, що яскрав характеризується неконтрольованим повтором у думках травмуючих ситуацій.

Під час спілкування з такими пацієнтами відмічається, що вони достатньо вперті, інколи агресивно налаштовані через недовіру до їх розповідей оточуючих людей і лікарів, до яких вони зверталися. Це приводить їх до

пошуків вирішення своїх проблем у авторів книг, часто псевдонаукового характеру, які безвідповідально та непрофесійно надають пацієнту неправдиву інформацію, яка здебільшого зводиться до дороговартісного обстеження та непотрібного лікування, яке може нашкодити здоров'ю.

Пацієнти з уявними паразитозами відмовляються звертатися по допомогу до психотерапевтів, які намагаються їх переконати в надуманості хвороби, відсутності паразитів і захворювання. Слід зауважити, що використання антидепресантів у таких випадках є малоефективним. Деякі особи, впадаючи у відчай, намагаються самостійно видалити зі свого тіла неіснуючих паразитів, при цьому наносять собі серйозні травми та пошкодження.

Пацієнти з уявними паразитозами досить часто демонструють неіснуючих незрозумілих комах і паразитів, що їх турбують, яких ніхто не бачить, приносять «паразитів» у посудинах, де визначаються частки епідермісу, волосся, рослинні рештки; вони зазвичай ретельно вивчають свою хворобу, деякі роблять зарисовки, вважаючи, що їх випадок являє інтерес для науки. Ця категорія пацієнтів багаторазово відвідує лікарів різних спеціальностей, інколи вони звертаються й до фахівців ветеринарного профілю. Результати паразитологічних та ентомологічних досліджень, які вказують на те, що наданий біоматеріал не належить до паразитів чи членистоногих і не може викликати захворювання паразитарного характеру, пацієнтів не задовольняють.

Медичний супровід таких пацієнтів з уявними паразитозами є досить проблематичним і потребує комплексного вирішення за участю психотерапевтів. На консультаціях пацієнта з уявними паразитозами та арахноентомозами необхідно уважно його вислухати, провести комплексне обстеження, роз'яснити всі нюанси захворювання, які він у себе підозрює, намагатися переконати в неправильності його бачення свого нездужання, максимально коректно запропонувати звернутися до медичного психолога.

Для психологічної допомоги такому пацієнту багатокомпонентний підхід включає корекцію неадаптивних та ірраціональних способів інтерпретації подій, які можуть викликати емоційні розлади, а також розвиток здатності до усвідомлення ним проявів помилкової реакції на стрес і способів актуалізації адаптивних форм мислення. Разом з тим необхідно покращити проведення фахової санітарно-освітньої роботи як серед представників медичної спільноти, так і серед населення, використовуючи інтернет-простір для популяризації саногенного мислення, яке сприяє подоланню негативних емоцій, психічному оздоровленню людини, специфікою змісту якого є особливі думки, уявлення, знання, якими оперує суб'єкт у процесі мислення. Це, в свою чергу, допоможе уникнути помилок при наданні медичної допомоги та медичних послуг пацієнтам з надуманими паразитозами й арахноентомозами.

У контексті розбудови системи громадського здоров'я, яка відбувається на сьогодні в Україні відповідно до Концепції, схваленої Кабінетом Міністрів України від 30 листопада 2013 р. № 1002, вважаємо, що порушене питання потребує подальшої уваги з боку фахового середовища.

Проблема безпеки пацієнтів з точки зору патолога

Гичка С. Г., Кузик П. В., Діброва В. В.

Роль патологічної анатомії в забезпеченні лікувально-діагностичного процесу полягає в точній верифікації патологічних процесів і захворювань при проведенні прижиттєвої діагностики та контролі якості надання медичної допомоги за результатами клініко-анатомічних зіставлень. Безпека пацієнта в лікувально-діагностичному процесі залежить насамперед від правильності встановленого клінічного діагнозу.

Патологічні процеси та захворювання мають як клінічні, так і морфологічні прояви (симптоми, синдроми). Виходячи з класичного постулату про єдність структури та функції, важливим у діагностиці є розкриття не тільки клінічних симптомів, але й їх морфологічних еквівалентів. Тому лікарю при проведенні лікувально-діагностичного процесу потрібно виявляти морфологічні симптоми захворювання, які обов'язково мають відповідати їх клінічним проявам. Наприклад, поєднана клініко-морфологічна діагностика васкулітів, пухлин, багатьох інфекційних, гематологічних захворювань тощо: для діагностики недостатньо інтерпретації виявлених клінічних проявів, необхідно провести їх морфологічне підтвердження.

Навчання студентів та інтернів у медичних вузах важливо проводити з урахуванням необхідності дотримання сучасних алгоритмів і протоколів діагностики захворювань. З метою зниження кількості діагностичних помилок важливим є застосування методів прижиттєвої морфологічної діагностики.

Згідно зі статистичною звітністю багатьох медичних закладів (установ) України, розбіжність клінічного та патологоанатомічного діагнозу за основним захворюванням становить 2–3 %, в той час як аналогічні показники в провідних світових клініках сягають 10–18 %, що свідчить про намагання приховувати реальну картину. Таким чином, десятки тисяч пацієнтів отримують неадекватне лікування. Це без урахування того, що часто формально правильна діагностика не забезпечується своєчасним і правильним лікуванням.

Медична практика свідчить про те, що великий загаль лікарів різної спеціалізації та кваліфікації також не розуміють важливості правильного

та повного оформлення діагнозу, що нерідко призводить до неправильного лікування, некоректного статистичного обліку, скарг і судових справ.

Кожен клінічний діагноз повинен бути не лише переліком виявлених у хворого нозологічних форм, ускладнень, синдромів чи симптомів, але й має бути [1]:

точним, тобто максимально адекватно відображати стан здоров'я обстеженого пацієнта, виявлене захворювання (травму) або причину смерті;

своєчасним, тобто таким, після встановлення якого здійснено адекватні лікувальні заходи;

нозологічним, тобто містити назву певного захворювання (травми, причини смерті) згідно з номенклатурою МКХ-10. Синдромологічний діагноз допускається у виняткових випадках при короткотривалому медичному спостереженні або як попередній діагноз (наприклад, при первинному зверненні хворого по медичну допомогу). Інколи синдром може бути основним захворюванням (наприклад, синдром Марфана, Гудпасчера);

етіологічним, тобто відображати конкретну причину розвитку цього захворювання (нозологічної форми). Це стосується насамперед інфекційних захворювань, отруєнь і термінальних станів. Знання причини забезпечує призначення найбільш ефективного етіологічного лікування. При монокаузальних інфекціях (туберкульоз, сифіліс тощо) цей принцип закладений у самій назві нозологічної форми;

патогенетичним, тобто відображати особливості патогенезу цього захворювання та його ускладнень. Зазначене особливо важливе при поліпатогенетичних патологічних процесах і станах (залізодефіцитна анемія, обструктивний бронхіт);

морфологічним, тобто відображати морфологічну сутність і органну (системну) локалізацію основних патологічних процесів (поліп шлунка, центральний рак легені) або особливості перебігу хвороби (абсцедивна пневмонія, фібринозний перитоніт), поширеність ураження (трансмуральний інфаркт міокарда), морфологічне підґрунтя функціональних порушень (стеноз лівого атріовентрикулярного отвору), за наявності – патогістологічну характеристику процесу (дрібноклітинний рак легені, аденоматоз ендометрія);

функціональним, тобто відображати ступінь порушень важливих фізіологічних функцій, які досить часто пов'язані з кількісною характеристикою функціональної недостатності (недостатність кровообігу II ступеня);

комплексним, тобто включати захворювання та їх ускладнення, розподілені в чіткій послідовності за градацією на рубрики.

Таким чином, патологоанатомічна служба посідає важливе місце в системі забезпечення безпеки пацієнтів шляхом прижиттєвої морфологічної діагностики патологічних процесів і захворювань та контролю якості лікувально-діагностичної роботи в медичних закладах.

Література

1. Зербіно Д. Д., Гичка С. Г., Рибка В. М. Формулювання клінічного та патологоанатомічного діагнозів: сучасний погляд на проблему // Український медичний часопис. – 2009. – № 4. – С. 45–47.

Проблемні питання судово-медичної експертизи з надання медичної допомоги населенню України

Ергард Н. М.

Судово-медична експертиза, пов'язана з дефектами надання медичної допомоги медичними працівниками, є однією з найскладніших у комісійних відділах судово-медичних експертиз. Це пов'язано не тільки з визначенням своєчасності та повноти надання медичної допомоги, а й з рівнем кваліфікації залучених судово-медичних експертів і лікарів-фахівців з різних галузей медицини.

Залучення до проведення таких судово-медичних експертиз лікарів-фахівців інших медичних спеціальностей (акушери-гінекологи, терапевти, невропатологи, хірурги тощо) допомагає експерту обґрунтувати клінічні діагнози, проаналізувати лабораторно-діагностичні дані та визначити методи профілактики та шляхи лікування в кожному конкретному випадку. Однак згідно зі статтею 102 чинного (2012 р.) Кримінального процесуального кодексу України (далі – КПК України) залучені лікарі-спеціалісти не є експертами і вже не мають права підпису, а також не можуть брати участі в судово-медичній експертизі як експерти, оскільки вони не внесені до Реєстру атестованих судових експертів Міністерства юстиції України. Незважаючи на це, до цього часу в судово-медичних бюро України лікарі-фахівці продовжують брати активну участь у проведенні комісійних судово-медичних експертиз на підставі лише наказу МОЗ України від 17 січня 1995 року № 6 «Про розвиток та вдосконалення судово-медичної служби України», де в Правилах проведення комісійних судово-медичних експертиз в бюро судово-медичної експертизи зазначено, що залежно від характеру експертизи до складу комісії можуть входити як фахівці тільки в галузі судово-медичної експертизи, так і фахівці інших медичних (у тому числі і фахівці медико-соціальних експертних комісій МОЗ) і немедичних спеціальностей. За своїм процесуальним статусом усі вони при проведенні експертизи є експертами, що значно суперечить вимогам КПК України.

У процесі роботи було проаналізовано судово-медичні експертизи в період з 2012 по 2017 роки у відділах комісійних судово-медичних експертиз бюро судово-медичної експертизи з урахуванням рівня складності експертиз.

У результаті вивчення дійшли висновку, що в більшості випадків для проведення складної експертизи потрібно не тільки високий рівень кваліфікації експертів, а й залучення кваліфікованих лікарів-спеціалістів, які мають великий клінічний досвід і можуть допомогти експерту в спірних клінічних питаннях щодо з'ясування причин дефектів надання медичної допомоги. Звичайно, лікар – судово-медичний експерт повинен мати базові фундаментальні знання з усіх галузей медицини, але, на жаль, експерт не може охопити повну глибину всіх цих знань і змушений рахуватися з думкою клініцистів щодо надання медичної допомоги пацієнту.

Для вирішення процесуально-правового питання про дозвіл для залучення лікарів-фахівців до складу експертної комісії, які за своїм статусом не є експертами і, відповідно, позбавлені права підпису (висновків) експертизи, необхідно згідно з пунктом 2 частини третьої статті 69 КПК України заявляти клопотання про залучення лікаря-фахівця особі, яка призначила експертизу. Необхідно враховувати те, що проведення комісійних судово-медичних експертиз у бюро судово-медичної експертизи в порушення пункту 2 частини третьої статті 69 КПК України (2012 р) є неприпустимим і в такому разі не буде враховуватися в суді.

Також потрібно невідкладно привести у відповідність із нормами КПК України наказ МОЗ України від 17 січня 1995 року № 6 «Про розвиток та вдосконалення судово-медичної служби України» та в найкоротші терміни визначитися з правовим статусом фахівців у галузі медицини, які залучаються до проведення комісійної судово-медичної експертизи.

Прогнозування успіху хірургічного лікування на основі моделі складної системи «Госпіталь»

Мороз О. М., Бегун В. В., Гибало Р. В., Скалецький Ю. М.

Про масштаби шкоди пацієнтам у процесі надання медичної допомоги свідчать дані, наведені в Гельсінській декларації з безпеки пацієнтів в анестезіології [1]: щорічно у всьому світі близько 230 000 000 пацієнтів перебувають під наркозом під час виконання серйозних операцій. Ці заходи викликають близько семи мільйонів тяжких післяопераційних ускладнень, які майже у мільйона пацієнтів закінчуються смертю (близько 200 000 смертей в Європі). Європейський центр з контролю та профілактики захворювань (ECDC) підрахував, що в середньому госпітальні інфекції трапляються в одного госпіталізованого пацієнта з двадцяти, і вони є причиною 37 000 випадків смерті в ЄС.

При аналізі динаміки смертності в Україні серед причин смертності дефекти надання медичної допомоги МОЗ не враховує [2], але, як свідчать дані вітчизняних учених, ця небажана подія в Україні сягає ще більших масш-

табів [3]. Для детального аналізу причин негативного явища нами зроблена спроба застосування методів математичного моделювання процесів хірургічного лікування з урахуванням факторів та обставин, що впливають на перебіг процесів. На основі аналізу історій хвороби (виписок з картки хворого) багатьох пацієнтів з різними захворюваннями однієї з центральних лікувальних установ Києва створена достатня статистична інформація. Оскільки більшість подій, що характеризують процес лікування, мають стохастичну природу, було прийнято рішення проводити аналіз на основі імовірнісної моделі процесів. Імовірнісні моделі та імовірнісний аналіз безпеки (ІАБ) широко й порівняно давно використовуються в моделюванні безпеки складних систем, АЕС тощо [4]. Що стосується застосування методу в медицині, то це, мабуть, одна з перших спроб.

Розроблена нами модель створена на основі «дерев відмов». Дерево відмов (ДВ) являє собою графічну модель різних паралельних і послідовних поєднань базисних подій (БП), що призводять до реалізації раніше визначеної небажаної події. З математичної точки зору це розімкнутий граф, вершинами якого є те чи інше сполучення подій. У техніці ДВ – це математичні ймовірнісні моделі систем, які враховують відмови всіх елементів, що входять у систему, їх взаємозв'язок і взаємозалежність та дозволяють розрахувати ймовірність відмови системи [4]. Моделювання технічних систем, навіть таких складних систем, як АЕС, дещо простіше, оскільки порівняно легко простежити вплив кожної БП (відмови) на працездатність кожної підсистеми, в яку входять елементи, що моделюються. Ця обов'язкова процедура ймовірнісного моделювання звичайно виконується за допомогою методу FMEA (Failure Mode and Effects Analysis), або в перекладі «аналіз видів відмов та їх наслідків – АВВН» [5]. Процедура FMEA – це якісний аналіз системи, що застосовується для визначення «впливових» подій, які обов'язково мають бути включені в імовірнісну модель ДВ.

Імовірнісна модель «Госпіталь», що представлена в цій роботі, дає змогу прогнозувати успіх хірургічного лікування на основі ДВ. Уся складна система «Госпіталь» умовно розділена на три підсистеми: 1) хворий; 2) перебіг лікування – «неадекватне лікування»; 3) «ускладнення захворювання». Попередньо проаналізовано чинники, що відіграють важливу роль у моделюванні стану хворого при надходженні на лікування та ускладнення після операційного втручання (>80) методом FMEA. Аналізувалися такі чинники, як вік хворого, стан при надходженні, оцінка тяжкості соматичного стану, оцінка обсягу та характеру оперативного втручання тощо. За допомогою методу FMEA досліджено вплив кожного чинника, що надало змогу виділити події для ймовірнісного моделювання. Також у моделі враховується можлива помилка окремої людини, яка бере участь у лікуванні: хірурга, анестезіолога, асистента, медичної сестри, та колективна помилка. Для цього використана

широко відома [4] в техніці методологія THERP (Technique for Human Error Rate Prediction). Звісно, що ця методологія призначена для технічних систем, тому в нашій роботі зроблені такі припущення: 1) імовірність базової помилки (Human Error Probability – HEP) фахівця високої кваліфікації (вища спеціальна освіта, достатній досвід) має порядок: $P = 1 \cdot 10^{-3}$; 2) помилки досвідчених фахівців у різних сферах діяльності відбуваються за подібними сценаріями. Імовірність інших помилок залежить від інших факторів та обставин, таких як: складність задачі, достатності часу, ергономіки, рівня стресу та інше. Імовірність колективної помилки при роботі у бригаді також визначалася за методологією THERP. Імовірність усіх подій, що враховуються в моделі, розраховувалася на основі статистичних даних за припущенням нормального їх розподілу. FMEA-аналіз надав можливість виявити логічні взаємозв'язки та вплив на подальший перебіг подій. Для побудови моделі «Госпіталь» використано декілька ДВ-підсистем, зокрема й зазначених вище. Таким чином, визначено не тільки ймовірність летальних наслідків $P = 0,0189$, а й проміжні результати: імовірність ускладнення при проведенні операції, імовірність сприятливого перебігу операції та інше.

Висновок. На основі ймовірнісного моделювання можливе створення методики за аналогією зі складними технічними системами для розрахунків ризику в медицині. Завдяки цим моделям можна простежити зв'язки між впливовими факторами та знайти «слабкі місця» в наданні медичної допомоги.

Література

1. URL: <http://www.patientensicherheit-ains.de/deklaration/deutsch.html>
2. Щорічні доповіді про стан охорони здоров'я населення, санітарно-епідемічної ситуації та результати діяльності системи охорони здоров'я України. – URL: <http://www.uiph.kiev.ua/vidavnychia-diyalnist/shchorichna-dopovid>
3. Сердюк А. М. Медико-соціальні аспекти проблеми безпеки пацієнтів (Рукопис).
4. Бегун В. В. Вероятностный анализ безопасности атомных станций. – Киев, 2000.
5. ГОСТ 27.310-95. Надежность в технике. Анализ видов, последствий и критичности отказов. Основные положения.

Профілактика виробничо-зумовленої захворюваності в педагогічних працівників як основа охорони праці в галузі

Латіна Г. О., Заїкіна Г. Л.

На сьогодні сучасний стан охорони праці в Україні слід оцінити як критичний. Він базується на основних негативних факторах, що їх підтверджують: 1) незадовільні умови праці: за даними офіційного державного статистичного спостереження в умовах праці, які не відповідають гігієнічним вимогам,

в Україні станом на 01.01.2012 зайнято 7,2 млн працівників (30 % загальної кількості працівників), а на підприємствах деяких галузей – до 80 % усіх робітників; 2) значний рівень захворюваності населення; 3) високі показники виробничого травматизму; 4) недостатнє фінансування заходів і засобів з охорони праці; 5) неповне виконання та недостатня ефективність державної політики у сфері охорони праці (Виноградов О. В., 2011; Романів Л. В., Бабух І. Б., 2014).

На сьогодні проблема збереження психологічного та фізичного здоров'я педагогічних працівників є не тільки індивідуально-особистісною або медико-біологічною, але й загальнодержавною, оскільки пов'язана з якістю освіти підростаючого покоління (Белей О. П., 2014). На жаль, у цілому спостерігається тенденція до зменшення кількості педагогічних працівників. Так, в Україні їх чисельність зменшилася з 527 тисяч осіб у 1990 році до 444 тисяч осіб у 2016 році (Інформаційно-статистичні матеріали за результатами роботи 2015/2016 н.р). Причинами такого явища є широкий спектр факторів від соціально-економічних трансформацій суспільства до гігієнічних, пов'язаних зі специфічними, часто складними умовами праці.

Специфічні умови праці сучасних педагогів пов'язані з організаційними особливостями режиму дня (відсутність нормованого робочого часу), порушення співвідношення допоміжних (підготовка до уроків, перевірка зошитів, бесіди з батьками, підготовка наочних матеріалів, робота з документацією, педагогічні наради, участь у соціальних заходах навчального закладу, відвідування та підготовка до педагогічних нарад) та основних (уроки) елементів трудового процесу, напруженість трудового процесу (3.1–3.2 класи), гіподинамія, психоемоційне напруження та ризик розвитку професійного вигорання (Латіна Г. О., Калиниченко І. О., 2008; 2009).

Хронометражне спостереження в процесі трудової діяльності дозволило встановити, що зміст, структура і характер праці вчителя має ряд особливостей. По-перше, тижневе навантаження за табелями обліку коливається від 6 до 28 годин. Середнє тижневе навантаження становить $19,97 \pm 0,32$ годин, що приблизно на 2 години перевищує встановлену норму 18-годинного робочого тижня. По-друге, перевищення навантаження мають 55,9 % вчителів. Таке зростання тижневого навантаження призводить до скорочення часу на відпочинок. За даними анкетування, 15,4 % вчителів працюють з одним вихідним днем.

Аналіз професійної діяльності вчителя дозволив відокремити такі структурні елементи професійної діяльності: підготовчі, основні та допоміжні. Підготовчі елементи складають від 5,4 до 27,5 хвилин робочого дня. Основним елементом роботи вчителя є проведення уроків, які тривають від 4,5 годин у понеділок і до 1,8 години в суботу. Витрати часу на перевірку зошитів, роботу з документацією, підготовку до уроку, виховну роботу, роботу

з батьками, роботу за комп'ютером, відвідування педагогічних рад становить до 5,7 години денного навантаження. Творчий характер праці вчителя призводить до збільшення витрат часу на різні структурні елементи роботи, які не піддаються чіткому хронометражу. Загальновідомо, що вчитель не завжди має час на відпочинок і харчування, оскільки перерви між уроками є робочим часом вчителя. Крім того, специфіка праці вчителя потребує підготовки до уроків удома. Така підготовка складає від 1 до 6 годин, що в середньому становить $1,85 \pm 0,06$ годин на день. Також не піддається чіткому хронометражу час на написання звітів, перевірку умов життя дітей мікро-району, підготовку наочних матеріалів, оформлення стендів. Визначення часу є неможливим у зв'язку з відсутністю чіткого графіка їх проведення. Таким чином, наші дослідження свідчать про фактичне перевищення тривалості робочого часу вчителя, який за сумарною кількістю годин становить від 9,4 до 11,5 годин, що перевищує норму на 4,15–5,45 годин на добу (Латіна Г. О., 2009).

Найчастішими причинами захворювань з тимчасовою втратою працездатності у вчителів є хвороби органів дихання – 65,5 %, оскільки професія педагога супроводжується навантаженням на голосовий апарат і дотриманням правил фонаційного дихання. У структурі захворюваності органів дихання переважають гострі респіраторні захворювання (48,6 %), бронхіти (83,4 %), грип (7,1 %), трахеїт (3,6 %), пневмонія (2,1 %) та фарингіт (0,4 %). Друге місце з причин тимчасової непрацездатності в структурі захворюваності належить хворобам кістково-м'язової системи – 10 % випадків, третє – системи кровообігу (6,6 %). Причинами тимчасової непрацездатності за цією групою хвороб є гіпертонічна хвороба (84,8 %), ішемічна хвороба серця (4,4 %), ревматизм (6,5 %) і вегето-судинна дисфункція (4,4 %) (Латіна Г. О., 2009).

Такий негативний стан професійного здоров'я педагогічних працівників вимагає високої методичної підготовки щодо профілактики виробничо-зумовленої захворюваності на етапі оволодіння професією. На жаль, у травні 2014 року Кабінетом Міністрів України було скасовано спільний наказ МОН, МНС і Держгірпромнагляду від 21.10.2010 № 969/922/216 «Про організацію та вдосконалення навчання з питань охорони праці, безпеки життєдіяльності та цивільного захисту у вищих навчальних закладах України», що призвело до зменшення кількості годин на вивчення дисципліни «Охорона праці в галузі» (Латіна Г. О., 2016). Таке становище вимагає розробки методичного підходу щодо оптимізації вивчення навчальної дисципліни «Охорона праці в галузі» відповідно до Європейської кредитно-трансферної системи організації освітнього процесу в педагогічних навчальних закладах за умови набуття теоретичних і практичних навичок незалежно від зменшення кількості аудиторних годин при збільшенні часу на самостійну роботу.

Профілактичні аспекти надання медичних послуг здоровим підліткам

*Бердник О. В., Добрянська О. В.,
Скочко Т. П., Рудницька О. П.*

Багатьма дослідженнями доведено, що три чверті хронічних неінфекційних хвороб дорослих мають витоки в дитячому віці. Саме це надає особливої ваги заходам, спрямованим на медичний контроль за процесом формування рівня здоров'я дітей. Забезпечити такий контроль мають диспансерні медичні огляди в навчальних закладах, метою яких є виявлення порушень здоров'я на ранніх стадіях та загрози формування хронічних захворювань у дітей.

У реальних умовах під час оглядів увага концентрується лише на першій складовій. В умовах недостатнього медичного забезпечення освітянських установ здоров'я зберігаюча (профілактична) складова цих оглядів лише декларується, і належна увага їй не приділяється.

Якщо під час медичних оглядів у дитини не виявляються ознаки хвороби, вона визнається «здоровою» і залишається поза увагою медичної служби. Разом з тим дослідження показують, що тільки третина підлітків, визнаних лікарями-педіатрами «здоровими», мають середній і високий рівень адаптаційних можливостей організму. Здорові діти з низьким рівнем резервних можливостей, залишаючись без уваги лікарів, у подальшому формують нові контингенти хронічно хворих.

Здоров'я відображає якість пристосування організму до умов зовнішнього середовища, становить процес взаємодії людини та середовища існування; сам стан здоров'я формується в результаті взаємодії зовнішніх (природних, соціальних) і внутрішніх факторів. Саме тому в програму проведення диспансерних медичних оглядів у навчальних закладах поряд з клінічною діагностикою має бути включена і гігієнічна діагностика формування рівня здоров'я в «здорових» і «практично здорових» дітей.

Згідно з матеріалами ВООЗ, у профілактичному забезпеченні населення виділяють два принципових напрями:

- профілактика захворювань (Disease Prevention) – охоплює заходи, спрямовані не тільки на попередження хвороб і зменшення чинників ризику, а також і на зупинку розвитку хвороби та зменшення наслідків в разі захворювання*;
- зміцнення здоров'я (Health Promotion) – це процес, який дозволяє людям підвищити контроль за своїм здоров'ям та детермінантами, що його визначають, а також покращити своє здоров'я*.

* Адаптовано з «Глоссарий терминов по вопросам укрепления здоровья» (ВОЗ, Женева, 1998).

На 20-й конференції, присвяченій зміцненню здоров'я (2010), директор Європейського регіонального бюро ВООЗ пані Ж.Йакоб підкреслила, що «сприяння здоров'ю – один з найефективніших шляхів підвищення здоров'я майбутніх поколінь, яке залежить від застосування принципів його зміцнення сьогодні».

На жаль, у нашій країні питанням промоції здоров'я приділяється вкрай мало уваги, у той час як закордонні вчені (A.Wojtczak, 2005; M.J.Sochocki, 2007; J.Szymańczak, 2009; M. P. O'Donnell, 2009 та ін.) розглядають поняття «сприяння здоров'ю» та «профілактика хвороб» або як окремі односпрямовані заходи, або як підпорядковані одне одному, при цьому, якщо низка авторів вважає промоцію здоров'я більш широким поняттям, то інші включають її як частину в поняття профілактика хвороб.

Проведений нами аналіз зарубіжних джерел і результатів багаторічних власних досліджень у цій галузі показав, що, незважаючи на однакову спрямованість цих двох підходів, вони мають принципові відмінності, зокрема, якщо профілактика спрямована на попередження конкретних захворювань, то промоція здоров'я є інструментарієм підвищення захисних сил і резервів організму, що суттєво впливатиме на зниження вірогідності розвитку будь-якої патології в цілому; профілактика зазвичай охоплює т. з. групи ризику, а суб'єктом промоції є всі контингенти і групи населення тощо.

Загальновідомо, що найчастіше об'єктом дослідження та спостереження є дитяче населення. Однак період дитинства неоднорідний, і кожний вік є важливим з точки зору формування здоров'я дорослої людини.

Разом з тим слід підкреслити, що, зважаючи на значну обумовленість здоров'я поведінковими чинниками, саме підлітковий вік можна вважати критичним, оскільки внесок передпубертатного та пубертатного вікових періодів (серед усіх вікових груп) у формування «поведінкового» здоров'я сягає 55 %. Зокрема, 79,8 % хлопців і 76,8 % дівчат віком 15–16 років вживали будь-які алкогольні напої хоча б один раз у житті; 60,0 % хлопців і 46,0 % дівчат мали спробу куріння (за результатами ESPAD). За даними НДІ соціальної і судової психіатрії і наркології, 22,0 % школярів і студентів вживають алкогольні напої щоденно або кілька разів на тиждень.

Кожний шостий підліток у віці 13–15 років є щоденним курцем. Кожна третя дитина почала курити у віці до 10 років; 3,7 % опитаних школярів відчують зранку потребу в сигареті, що є однією з ознак нікотинової залежності (за результатами ГОПТ, 2011).

Зважаючи на постійне неухильне погіршення кількісних та якісних показників здоров'я населення, слід констатувати, що існуюча система охорони здоров'я не може протистояти цьому процесу, оскільки її діяльність зосереджена переважно на виявленні патологічних станів і значно менше уваги приділяє профілактичній роботі. Відповідно, на сучасному етапі формуван-

ня системи громадського здоров'я назріла необхідність перегляду існуючої системи медико-профілактичного забезпечення населення, зокрема підліткового віку, і насамперед тих молодих людей, які не мають хронічних хвороб і не входять до груп ризику, тобто «здорових».

**Результати мікробіологічного моніторингу
клінічних ізолятів у закладах охорони здоров'я Дніпропетровської
області у 2014–2015 роках**

*Гамота І. О., Штепа О. П., Резвих В. Г., Кузьменко О. В.,
Головіна Ю. Ю., Колеснікова І. П., Степанський Д. О.,
Дараган Г. М., Крушинська Т. Ю.*

З 2004 року у світі діє програма Всесвітньої організації охорони здоров'я з питань безпеки пацієнтів, для виконання якої необхідні комплексні зусилля в рамках всієї системи охорони здоров'я, включаючи заходи з інфекційного контролю, безпечне використання лікарських засобів, обладнання, безпечні умови для надання медичної допомоги. Однією з найважливіших проблем сучасної охорони здоров'я є внутрішньолікарняні інфекції (ВЛІ) через широке розповсюдження, негативні наслідки для здоров'я пацієнтів, персоналу та економіки держав. У розвинених країнах ВЛІ виникають у 5–15 % госпіталізованих пацієнтів. На жаль, офіційна статистика в Україні не відображає глибини проблеми з поширення інфекцій, що передаються під час надання медичної допомоги. За статистикою, в країні реєструється близько 7 тисяч випадків ВЛІ щороку, водночас розрахункова їх кількість має бути в декілька десятків разів більшою.

У Дніпропетровській області з 2010 року спостерігається негативна тенденція до зниження кількості зареєстрованих випадків ВЛІ. У 2015 році зареєстровано 56 випадків ВЛІ, що у 3 рази менше, ніж у 2010 році. У 2014–2015 роках превалювали інфекції, що виникли внаслідок хірургічних і терапевтичних втручань – $63,3 \pm 4,6$ %. Друге рангове місце займали інфекції вагітності, пологів та післяпологового періоду – $15,5 \pm 6,7$ %. На третьому місці – інфекції окремих станів, що виникали в перинатальному періоді – $8,5 \pm 7,2$ %. Зниження кількості виявлених ВЛІ спостерігається на всій території області та, на нашу думку, не відповідає реальній епідемічній ситуації, особливо в умовах однієї з найсерйозніших загроз глобальній охороні здоров'я – набуття мікроорганізмами нових видів резистентності до антибіотиків і постійне звуження спектру дії протимікробних препаратів.

З метою вивчення рівнів полірезистентності збудників ВЛІ протягом 2014–2015 років у Дніпропетровській області проводився мікробіологічний моніторинг зразків клінічного матеріалу з ран, крові, сечі, отриманих від

хворих, а також з об'єктів зовнішнього середовища в хірургічних, неонатологічних, акушерських, урологічних стаціонарів і відділень реанімації.

Ідентифікація та визначення рівня чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів було проведено в бактеріологічних лабораторіях закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) області. Усього протягом 2014–2015 років було проведено 222 002 дослідження, виділено 33 012 культур мікроорганізмів ($14,9 \pm 0,2$ %), з них $19,6 \pm 0,5$ % ідентифіковано як полірезистентні штами. У структурі виділених полірезистентних штамів переважали *Staphylococcus spp.* – $31,4 \pm 1,0$ %. Найчастіше вони виділялися з ран і крові пацієнтів ($36,1 \pm 1,1$ % та $56,1 \pm 8,8$ % відповідно). Високою також була їх питома вага у змивах з об'єктів зовнішнього середовища – $42,7 \pm 2,1$ %. Друге місце за значущістю посідали штами *P. aeruginosa* – $15,9 \pm 1,1$ %, третє – *K. pneumoniae* – $11,6 \pm 1,2$ %. Динаміку структури полірезистентних штамів за два роки наведено в таблиці.

Таблиця

**Динаміка структури полірезистентних штамів,
виділених від пацієнтів у закладах охорони здоров'я
Дніпропетровської області у 2014–2015 роках**

№ з/п	Збудник	Патологічний матеріал, %					
		Рани		Кров		Сеча	
		2014	2015	2014	2015	2014	2015
1.	<i>Staphylococcus spp.</i>	38,9	33,8	45,0	62,2	27,9	3,3
2.	<i>Staphylococcus aureus</i> (метицилінрезистентні штами (MRSA))	26,5	30,2	11,1	4,3	18,0	3,3
3.	<i>P. aeruginosa</i>	14,5	19,3	10,0	10,8	10,9	13,7
4.	у т.ч. карбапенем-резистентні штами	81,1	72,6	100,0	50,0	77,2	80,2
5.	<i>K. pneumoniae</i>	7,3	12,6	0	5,4	9,8	19,8
6.	у т.ч. штами-продуценти бета-лактамаз розширеного спектру дії (ESBL)	53,0	35,2	0	0	78,9	46,8
7.	<i>Enterococcus spp</i>	3,6	3,9	25,0	5,4	27,7	18,5
8.	у т.ч. ванкоміцин-резистентні штами	30,0	12,0	80,0	100,0	62,4	66,9

З об'єктів лікарняного середовища у 2014 році було виділено всього 3 полірезистентних штами (*Enterobacter* spp. – 2; *K. pneumoniae* – 1), у 2015 році – 50, з них найбільш актуальними були *Staphylococcus* spp. (18 штамів, 36,0 %), у т. ч. метицилінрезистентні – 27,8 %; 10 штамів *E. coli* (20,0 %), з них 50 % – продуценти β-лактамаз. Виділення *Enterobacter*, які є продуцентами β-лактамаз класу C з хромосомною локалізацією генів (*Amp C* β-лактамаз), становило 80,0 %. Ванкомицинрезистентні *E. faecalis* виділялися в 100 % випадків.

Результати проведеного мікробіологічного моніторингу свідчать про значне розповсюдження серед пацієнтів і в середовищі ЗОЗ області полірезистентних штамів мікроорганізмів, що негативно впливає на результати лікування окремого хворого та створює загрозу для розповсюдження ВЛІ в стаціонарних відділеннях у подальшому.

Стан і шляхи покращення забезпечення ліками пацієнтів України на засадах медичної реформи

Ергард М. М., Ергард Н. М.

Кожен другий українець не звертається по медичну допомогу через брак коштів на лікування. І це в країні, де безкоштовна медицина є конституційною нормою згідно зі статтею 49 Конституції України. Усі попередні спроби реформувати українську медичну галузь нагадували радше косметичний ремонт у будинку з аварійним станом. Якщо повернутися назад до історії, то в травні цього року з'явилася Концепція з реформування охорони здоров'я, підготовлена Міністерством охорони здоров'я України (далі – МОЗ України). Це рамковий документ, який визначає цілі, яких ми хочемо досягти. Для того, щоб перекласти ці наміри в конкретні дії, було створено групу з 12 експертів, метою роботи якої стала підготовка Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 років. Було вирішено, що експерти до групи обиратимуться на конкурсній основі. На відкритому конкурсі зі 100 експертів з усього світу було обрано 12 (7 українських і 5 міжнародних). І що маємо на сьогодні? За результатами опитувань, 87 % українців не задоволені або дуже не задоволені якістю медичних послуг. 40 % усіх витрат на медицину в нашій країні сплачує пацієнт зі своєї кишені. Такого немає ніде в Європі. Ми живемо в якійсь анекдотичній ситуації, адже медицина у нас за Конституцією є безкоштовною.

У стратегії запропоновано, аби держава розробила два пакети медичної допомоги, які вона може надати своїм громадянам. Слід прорахувати універсальний нестраховий пакет (гарантований для всіх), де є базові послуги, які

кожна людина може отримати, незалежно від того, скільки вона заробляє. Наприклад, виклик швидкої медичної допомоги, забезпечення щеплення та лікування від рідкісних чи соціально-небезпечних захворювань. Пропонується також розробити державний або соціальний пакет, завдяки якому вразливіші групи населення матимуть більший перелік медичних послуг. Ці пакети є безкоштовними для громадян. Усі інші послуги будуть платними. Для тих, хто працює, це буде робити або роботодавець, або вони самі безпосередньо із заробітної плати. Мабуть, цього не варто боятися. Адже сьогодні ми, українці, платимо за медичну допомогу двічі: через податки, а потім – у кишені лікарів. Поки що моделі страхування перебувають на стадії обговорення. Оскільки для запровадження медичного страхування слід зробити чимало попередніх розрахунків (визначити кількість людей, які отримуватимуть те чи інше безкоштовне страхування, та групи, що до них будуть належати, види допомоги, які будуть забезпечуватися цими пакетами, тощо), це нововведення чекає на нас, за словами членів експертної групи, за найоптимістичнішими прогнозами, у 2016 році, але, скоріше за все, це буде 2017 рік. Нині більшість грошей, які ми витрачаємо на медицину, ідуть на утримання однієї з найбільших мереж лікарень у Європі (Україна посідає за цим критерієм друге місце після Білорусі), але при цьому ми на останньому місці за кількістю грошей, які витрачає держава з бюджету на кожного пацієнта за рік – 149 доларів США. Наприклад, у Німеччині в чотири рази менше лікарень, ніж у нашій країні, а витрати на кожного пацієнта у 20 разів вищі. У нас цікава ситуація: держава сама послуги купує, сама надає та контролює. Відповідно, ми отримуємо неякісні послуги та корупцію. Проте держава повинна гарантувати, що базовий перелік лікарських засобів, який необхідний для збереження або підтримки здоров'я українців, повинен бути в рамках тієї цінової політики, яка доступна громадянам. Знизити ціни на лікування можливо лише таким чином: по-перше – це визнання ліків, які вже пройшли реєстрацію в ЄС, США, Канаді, Японії та інших країнах із суворою регуляторною системою. Простіше кажучи, якщо лікарські засоби не вбивають американця чи німця, то навряд чи вони вб'ють українця, проходити ще раз реєстрацію їм немає сенсу. Ситуація, що склалася сьогодні, грає на руку корупціонерам: дає можливість пропустити виробника через всі кола пекла та зняти з нього гроші, на виході ж ми отримуємо дорогі ліки. По-друге, надзвичайно важливо на перехідний період створити державну структуру фармацевтичної служби, яка взяла б на себе відпрацювання переліку ліків, формуючи номенклатуру та потребу знизу (лікарні районного рівня) доверху (інститути, в яких надається високоспеціалізована допомога), а сформований перелік затверджувався щорічно головними фахівцями МОЗ України. Подача ліків у лікарні має здійснюватися через комунальні (державні) аптеки, оплата за ліки за рахунок держави буде здійснюватися після їх викорис-

тання хворим. Документальним оформленням оплати буде займатися фармацевтична служба на підставі отриманої інформації з комунальних аптек. Ліки з аптеки будуть відпускатися за вимогами відділень лікарні або рецептами лікаря. Оплата ліків, які будуть відсутні в затвердженому головними фахівцями МОЗ України списку, буде здійснюватися за рахунок хворого. Такий підхід до забезпечення населення України ліками дасть можливість раціонально використовувати кошти, збільшить кількість населення, які зможуть отримати доступні ліки, вся система забезпечення ліками населення України буде прозорою і зникне корупційна складова. Доцільно також вводити автономність лікарень як в управлінні, так і у фінансах, щоб вони мали змогу приймати рішення, куди направляти гроші, змогли залучати кошти з різних джерел і мали свої банківські рахунки. Адже зараз усі медичні заклади в Україні є дуже залежними від держави. Також зрозуміло, що основною рушійною силою цих змін є лікарі, які поки що не орієнтуються в цій ситуації. Якщо реформа не буде відповідати їхнім професійним інтересам, нічого не зміниться. Так, фінансуватиметься не посада і посадові обов'язки медичного персоналу, а їхні медичні послуги. Лікарі мають ставати суб'єктами підприємницької діяльності. Але чи готові лікарі до цього? Якщо цього не буде зроблено, ми не отримаємо цілей, поставлених перед медичною реформою.

Стан та шляхи покращення безпеки пацієнтів

Федорова О. А.

Дослідження безпеки пацієнтів завжди є актуальним, оскільки в цій сфері стан справ не відповідає вимогам сьогодення. У практиці працівників правоохоронних органів і судово-медичних експертів постійно відкриваються кримінальні справи та проводяться експертизи саме з приводу недостатньої якості наданих медичних послуг.

Звісно, що іноді невідповідний стан безпеки залежить від небезпечних дій самого пацієнта, який, наприклад, не виконує призначень лікаря або самостійно перевищує дозування ліків.

Однак у цілому функцію збереження здоров'я громадян покладено на працівників медичних закладів. Тому останнім часом і в засобах масової інформації, і серед пересічних громадян не вщухає інтерес до питання нена належного виконання медичними працівниками своїх обов'язків і пов'язаного з цим станом безпеки пацієнтів.

У рамках проведення дослідницької роботи за аналогічною темою студентами наукового гуртка кафедри судової медицини та медичного права НМУ імені О. О. Богомольця протягом 2016–2017 років було проведено вивчення літературних джерел з цих питань і комплексне дослідження недоліків

надання медичної допомоги в різних відділеннях медичних закладів м. Києва та кількох обласних центрів, а також стану безпеки пацієнтів.

Вивчення цих актуальних питань проводилось у реанімаційних, хірургічних, акушерсько-гінекологічних, неврологічних відділеннях лікарень та в стоматологічній практиці.

Аналіз показав, що більшість недоліків викликана відсутністю кримінального покарання для середнього медперсоналу та недостатньою увагою до пацієнтів. Дослідники (Маміна А. В., 2016; Фальковська А. В., 2016; Федорова А. В., 2016) вважають, що байдужості до пацієнтів сприяють такі соціальні фактори, як недостатність фінансування відповідних галузей, відсутність гідної заробітної плати в медперсоналу і пов'язана з цим та складною роботою нестача кваліфікованих кадрів, обладнання та ліків у відділеннях.

У практиці реанімаційних і неврологічних відділень існує кілька типових проблем:

1. Недогляд за процесом самостійного харчування пацієнтів і байдужість при інтубації.

Байдужість до пацієнтів при інтубації призводить до вислизання трубки з просвіту гортані та трахеї. Іноді настає смерть пацієнта внаслідок механічної асфіксії, особливо вночі, через відсутність нагляду.

Оскільки в більшості пацієнтів інтенсивної терапії та неврологічних відділень спостерігається порушення ковтання, то частина пацієнтів помирає внаслідок аспірації ентерального харчування та розвитку пневмонії. За даними зарубіжної статистики, з такої причини за кордоном помирає 10–30 % пацієнтів цих відділень. Статистика в нашій країні з цих питань прихована. За спостереженнями авторів, у відділеннях двох різних лікарень (у групах по 10 пацієнтів) у палатах інтенсивної терапії мало місце 50 % (!) летальних випадків з таким діагнозом, у неврологічному відділенні – 20 % (!).

2. Недогляд за поведінкою пацієнтів неврологічних відділень.

Кожному медпрацівнику відомо, що пацієнтам неврологічного та психіатричного відділень, особливо тим, які мають суїцидальні наміри, необхідно приділяти особливу увагу і проводити постійне спостереження. Однак і досі в практиці зустрічаються випадки, коли персонал залишає вікна відчиненими для провітрювання, а пацієнтів не фіксують, внаслідок чого деякі пацієнти реалізують свої наміри, «випадаючи» з вікон.

3. Відсутність постійного спостереження за пацієнтами вночі.

Медсестри повинні щогодини вночі фіксувати показники обладнання, а лікар самостійно програмує звуковий сигнал контролю життєвих показників. Проте середній персонал має звичку вимикати цей сигнал, аби він не заважав їм спати. Тому протягом кількох наступних годин моніторинг життєво важливих показників не проводиться, що іноді викликає невчасне надання допомоги пацієнту і навіть його смерть.

У відділеннях хірургічного профілю України, згідно зі статистикою, щорічно трапляється близько 4000 помилок, яких можна було б уникнути. За аналізом (Селіверстової К. А., 2016), найбільш поширеними серед них є порушення ходу операції та «забудькуватість» хірурга. Щотижня, до 39 разів (!), хірурги залишають після операції в тілі пацієнта сторонні предмети: тампони та інструменти, які є причиною післяопераційних ускладнень, і до 20 разів (!) неправильно виконують операцію. Водночас відомо, що найчастіше такі «помилки» скоюють досвідчені хірурги з достатнім досвідом у віці 40–49 років. Тому задля безпеки пацієнтів слід ретельно дослідити причини таких недоліків медичної допомоги.

Виявилося, що в практиці акушерсько-гінекологічних відділень основними джерелами несприятливих наслідків для пацієнтів є як помилки медперсоналу, так і неналежне оформлення медичної документації – мала її інформативність, яка створює ілюзію благополуччя стану пацієнта, а також відхилення від стандартів надання акушерсько-гінекологічної допомоги та протоколів МОЗ. Остання причина дуже небезпечна, тому що нехтування стандартами надання медичної допомоги також може призвести до настання смерті пацієнта.

У стоматологічній практиці спостерігаються непередбачені лікарські помилки, недбалість медперсоналу, робота в непристосованих приміщеннях, недостатня кваліфікація лікаря та неповноцінність методів обстеження і недосконалість медичної техніки, що призводить до травмування або виникнення ускладнень у пацієнтів.

Висновок. Для підвищення безпеки пацієнтів пропонується: покращити навчання лікарів, збільшити фінансування для забезпечення сучасною технікою в стоматологічних поліклініках і відділеннях лікарень, проводити навчання середнього медперсоналу на робочих місцях у всіх відділеннях, посилити міри кримінальної відповідальності для стоматологів і запровадити відповідальність для середнього персоналу.

Література

1. Мамина А. В. Судебно-медицинский анализ некоторых недочетов в реанимационной практике / А. В. Мамина // Роль судово-медичної експертизи при визначенні юридичної відповідальності медичних працівників (Матеріали студентської конференції 27 груд. 2016 р.). – НМУ імені О. О. Богомольця. – С. 41–44.
2. Фальковська А. В. Анализ неблагоприятных исходов в акушерско-гинекологической практике, пути повышения качества и эффективности оказания медицинской помощи / А. В. Фальковська // Роль судово-медичної експертизи при визначенні юридичної відповідальності медичних працівників (Матеріали студентської конференції 27 груд. 2016 р.). – НМУ імені О. О. Богомольця. – С. 79–84.
3. Федорова А. В. Лікарські помилки в стоматології / А. В. Федорова // Роль судово-медичної експертизи при визначенні юридичної відповідальності медичних

працівників (Матеріали студентської конференції 27 груд. 2016 р.). – НМУ імені О. О. Богомольця. – С. 84–88.

4. Селіверстова К. А. Проблемні питання лікарських помилок хірургічного профілю в Україні / К. А. Селіверстова // Роль судово-медичної експертизи при визначенні юридичної відповідальності медичних працівників (Матеріали студентської конференції 27 груд. 2016 р.). – НМУ імені О. О. Богомольця. – С. 69–70.

Сучасні проблеми визначення ефективності дезінфекційних засобів

Олійник З. А.

У боротьбі з внутрішньолікарняними інфекціями застосування хімічних дезінфекційних засобів (далі – ДЗ) є одним з основних заходів. Перелік зареєстрованих в Україні ДЗ щорічно зростає. ДЗ, які використовуються в медичних закладах, мають бути ефективними в реальних практичних умовах. Для цього має бути проведена відповідним чином оцінка їх ефективності. На жаль, ані сучасні європейські стандарти (далі – EN) групи «хімічні дезінфектанти та антисептики», ані інші методи, які використовуються в Україні, не можуть дати об’єктивного результату. Методи чинної української (та й сучасної російської) нормативно-методичної документації – батистовий тест, тест на поверхнях тощо) – призначені для визначення режимів дезінфекції в умовах, максимально наближених до практичних, але вони описані дуже розпливчасто та використовують нестандартизовані матеріали. Унаслідок цього їх відтворюваність дуже низька, і визначені в одній лабораторії ефективні режими можуть виявитися неефективними при проведенні роботи в інших умовах.

З іншого боку, EN та українські переклади деяких з них (ДСТУ EN), призначені для застосування в медичній сфері, не зовсім придатні для України. Так, за EN, активні режими дезінфекції поверхонь у медичній сфері визначаються за результатами суспензійного тесту з білковим навантаженням. У цьому тесті мікроорганізми постійно перебувають під впливом ДЗ, хоча додавання стандартних інтерферуючих речовин знижує активність ДЗ. Вважається, що аналогічні умови створюються при застосуванні ДЗ на непористих поверхнях, які використовуються для оздоблення медичних закладів в Європейських країнах. У медичних закладах України непористі поверхні – метал, скло, кахельна плитка, спеціальний пластик і т. п. – звичайно зустрічаються лише в маніпуляційних тощо, а в звичайних палатах може бути навіть дерев’яне оздоблення, яке дуже добре захищає мікроорганізми від дії ДЗ. Також, за EN, при визначенні режиму використання ДЗ не моделюється спосіб використання ДЗ – вважається, що достатньо того, щоб поверхня

була вологою від ДЗ протягом усього режиму експозиції. Але, за нашими спостереженнями, деякі ДЗ збираються на досліджуваних поверхнях в окремі краплини, що перешкоджає впливу на мікроорганізми та свідчить про обов'язковість моделювання способу використання ДЗ в процесі дослідження ефективності. У цілому ДЗ, визначення ефективності яких проводилося виключно за EN, у наших реаліях можуть бути неефективними. Хоча згідно з EN рекомендується проводити тестування ДЗ також і в практичних умовах, але способи та критерії прийнятності цього не описані.

У практичних умовах використання неефективність ДЗ може бути пов'язана також з іншими причинами. Так, дія ДЗ в лабораторних умовах визначається на музейних штаммах мікроорганізмів, які мають стійкість до хімічних факторів вищу за «дикі» штами. Однак ВЛП нерідко викликаються мікроорганізмами з набутою стійкістю до певних груп ДЗ. Також причинами зниження ефективності ДЗ може стати занадто жорстка вода, низька температура дезрозчину (згідно з EN тестування активності проводиться для ДЗ з температурою 20 °C). Ця проблема має вирішуватися так само, як і визначення індивідуальної антибіотикочутливості для пацієнтів – визначенням ефективності ДЗ для конкретних медичних закладів з використанням штамів мікроорганізмів, які виділені в них, а також із застосуванням інших умов. Це дасть можливість або скорегувати визначені в лабораторних умовах режими, або не використовувати неефективний ДЗ взагалі.

Таким чином, оптимальними для визначення ефективних режимів дезінфекції в лабораторних умовах є методи, створені шляхом поєднання прийнятих методичних підходів європейської та вітчизняної нормативно-методичної документації. Також необхідним є введення в практику мікробіологічних лабораторій максимально простого та економічного методу для визначення ефективності ДЗ в конкретних медичних установах з метою підвищення ефективності боротьби із ВЛП.

Циркуляція грибів роду *Candida* у внутрішньому середовищі багатопрофільного стаціонару

*Собкова Ж. В., Коломієць В. Б.,
Росада М. О., Сурмашева О. В.*

Останніми роками кількість інвазивних грибкових інфекцій, що виникають у відділеннях реанімації (ВРІТ), помітно зростає, як і рівень захворюваності на мікози в цілому. Гриби роду *Candida* з рангу патогенів, що доволі рідко зустрічалися, стали одними з основних опортуністичних мікроорганізмів, здатних викликати внутрішньолікарняні інфекції. Фактично гриби *Candida*

є збудником приблизно 15 % всіх внутрішньогоспітальних інфекцій. Їх частка в загальній структурі інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги, залежно від спеціалізації відділення може досягати 30 %. Найпоширенішими збудниками мікозів у ВРІТ є *Candida spp.*, *Aspergillus spp.* і *Rhizopus spp.* У ВІЛ-інфікованих пацієнтів виявляють також *Cryptococcus spp.* У структурі виділених мікроміцетів у хворих ВРІТ переважають *Candida spp.* і *Aspergillus spp.*, які зумовлюють більше ніж 95 % інвазивних грибкових інфекцій.

Хірургічні втручання сприяють виникненню інвазивних мікозів та є одним з найважливіших факторів цього захворювання. Відомо, що частота кандидемії серед пацієнтів хірургічних ВРІТ становить 6,9 на 1000, що підвищує летальність на 20–49 %. Показано, що внутрішньолікарняне інфікування пацієнтів ВРІТ грибами може мати як екзогенне (зараження від інших пацієнтів, персоналу, через предмети догляду, медичне обладнання, з потоками повітря, рукомийник тощо), так і ендогенне походження (мікробіота самого хворого). Інтенсивність контамінації лікарняного середовища є тим фактором, який однозначно визначатиме рівень екзогенного шляху інфікування пацієнтів. При цьому роль як медичних виробів, так і внутрішньолікарняного середовища як джерела інфекції грибів роду *Candida* для пацієнтів вивчена фрагментарно, моніторинг на наявність грибкової флори у внутрішньолікарняному середовищі в плановому порядку не проводиться, здійснюється тільки за епідемічними показниками.

Ураховуючи сучасні тенденції зміни частоти та співвідношення виділених патогенів у біоптатах хворих багатoproфільного стаціонару, зокрема той факт, що в структурі збудників ВЛІ дріжджоподібним грибам роду *Candida* належить вагома роль, моніторинг внутрішнього середовища стаціонару та систематичний аналіз щодо видової ідентифікації контамінантів кандидозної етіології є необхідним при розробці стратегії попередження ВЛІ.

При дослідженні змивів, отриманих з об'єктів лікарняного середовища ВРІТ, частота висівання грибів роду *Candida* склала 10,7 % з рук медичного персоналу та апарату штучної вентиляції легень. Рівень висівання цих грибів з повітря становив 16,7 % з максимальною частотою виявлення в передбоксах палат ВРІТ.

Видове різноманіття виявлених у повітрі грибів роду *Candida* представлене *C. albicans*, *C. parapsilosis*, у змивах ідентифіковано чотири види – *C. albicans*, *C. parapsilosis*, *C. glabrata*, *C. kruzei*.

Оскільки контамінація об'єктів дріжджоподібними грибами може сприяти інфікуванню імуноскомпрометованих хворих, то отримані результати з відсоткового вмісту та видової структури збудників у межах лікарняного простору свідчать про те, що моніторинг грибкової контамінації необхідно включати в плановий графік обстеження внутрішньолікарняного середовища на наявність збудників ВЛІ.

Щодо своєчасності та якості медичної допомоги військовослужбовцям під час АТО

Скалецький Ю. М., Жаховський В. О., Лівінський В. Г.

Сучасна система лікувально-евакуаційних заходів (ЛЕЗ) передбачає своєчасне, послідовне та спадкоємне надання медичної допомоги в поєднанні з евакуацією поранених на етапи медичної евакуації (ЕМЕ), що забезпечують надання вичерпної медичної допомоги та повноцінне лікування. Своєчасність надання медичної допомоги визначається відповідними часовими показниками та є визначальним чинником для отримання позитивних результатів лікування поранених.

За досвідом медичного забезпечення військ під час збройних конфліктів найчастішими причинами смерті від поранень, яких можна було б запобігти, є крововтрата – 60 %, пневмоторакс – 30 %, обструкція дихальних шляхів – 5 % і ще 5 % припадає на інші причини. Також встановлено, що близько 20–25 % загиблих на полі бою та ранніх ЕМЕ помирають через відсутність або несвоєчасне чи неякісне надання медичної допомоги та потенційно могли б жити, якби відразу були проведені необхідні заходи: зупинка масивної кровотечі, відновлення прохідності дихальних шляхів, накладення герметичної пов'язки при відкритому пораненні грудної клітки, усунення напруженого пневмотораксу за допомогою декомпресійної голки і, за можливості, дренування грудної клітки.

Від початку збройного конфлікту на Сході України загинули близько 2700 українських військовослужбовців та понад 9600 отримали поранення. Співвідношення безповоротних і санітарних втрат серед військовослужбовців становить 1:3,5, що в 3–5 разів нижче від оптимальних показників і свідчить про незадовільну організацію надання медичної допомоги на полі бою та ранніх ЕМЕ. Також звертає на себе увагу невелика частка тяжкопоранених (10,4 %) у загальній структурі санітарних втрат, що практично вдвічі менше за загальноприйняті показники.

Наведені статистичні показники дають підстави припустити, що частина загиблих не отримала вчасно якісну першу медичну (домедичну) допомогу на полі бою та не була своєчасно доставлена на відповідні ЕМЕ. Водночас покращення показників надання першої медичної допомоги пораненим в АТО протягом 2016 року та зменшення часу їх евакуації з поля бою призвело до збільшення частки тяжкопоранених на вхідному потоці в госпітальній ланці (14,5 %) і, як наслідок, зростання госпітальної летальності з 0,9 до 1,2 %.

Визначення механізмів та встановлення істинних причин смертей (загибелі) військовослужбовців під час АТО має забезпечити своєчасна та об'єктивна судово-медична експертиза, проте на цей час інформації щодо її

проведення та результатів у відкритих наукових джерелах немає. На думку авторів, вона має дати відповіді на такі питання:

- де (на полі бою, в медичному підрозділі військової частини чи в лікувальному закладі) наступила смерть (кількість випадків, розподіл у часі тощо) та в який термін після поранення;
- відомості щодо використання загиблими військовослужбовцями загальновійськових засобів захисту (шоломи, бронежилети) та застосування індивідуальних засобів медичного захисту (джгут/турнікет, пакет перев'язувальний індивідуальний, знеболювальні) для надання медичної допомоги;
- які види медичної допомоги (перша медична, перша лікарська, кваліфікована або спеціалізована) і в які терміни були надані до настання смерті, своєчасність і вид (порядок) медичної евакуації, що застосовувався;
- механізми настання та причини смерті (поранення, несумісне з життям; масивна крововтрата; шок; обструкція дихальних шляхів, пневмоторакс тощо);
- дефекти в наданні медичної допомоги (за місцем надання та видами медичної допомоги) та інші відомості, що розкривають механізми та причини настання смерті.

Аналіз вищенаведених показників дасть можливість сформувати оптимальну та ефективну систему ЛЕЗ і забезпечити надання своєчасної та якісної медичної допомоги пораненим військовослужбовцям.

РЕКОМЕНДАЦІЇ РАДИ ЄС**від 9 червня 2009 р. щодо безпеки пацієнта,
включаючи попередження та боротьбу
з внутрішньолікарняними інфекціями**

(2009/C 151/01)

РАДА ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ,
посилаючись на Договір про заснування Європейської спільноти зокрема
другий підпункт статті 152 (4) Договору,
посилаючись на пропозицію Європейської комісії,
посилаючись на висновок Європейського парламенту (1),
посилаючись на висновок Європейського комітету з економічних та со-
ціальних питань (2),
посилаючись на висновок Комітету Регіонів (3),
беручи до уваги, що:

1) Стаття 152 Договору передбачає, що дії Спільноти, які повинні до-
повнювати національну політику, мають бути спрямовані на поліпшення
здоров'я населення, попередження людських захворювань і хвороб та лікві-
дацію джерел небезпеки для здоров'я людини.

2) Установлено, що в державах – членах ЄС від 8 до 2 % госпіталізова-
них пацієнтів зазнають побічної дії при отриманні медичної допомоги (4).

3) Європейський центр з профілактики та контролю захворюваності
(ЄЦКЗ) встановив, що в середньому один з 20 госпіталізованих пацієнтів
заражається інфекціями, пов'язаними з наданням медичних послуг, тобто
4,1 млн пацієнтів на рік в ЄС та 37 000 смертей щорічно є результатом таких
інфекцій.

1) Висновок від 23 квітня 2009 р. (ще не опублікований в ОЖ).

2) Висновок від 25 березня 2009 р. (ще не опублікований в ОЖ).

3) Висновок від 22 квітня 2009 р. (ще не опублікований в ОЖ).

4) Технічний звіт «Підвищення безпеки пацієнтів в ЄС», підготовле-
ний для Європейської комісії, опублікований у 2008 р. корпорацією RAND
Corporation.

4) Недостатнє забезпечення безпеки пацієнтів являє собою серйозну проб-
лему охорони громадського здоров'я та високе економічне навантаження
на обмежені ресурси охорони здоров'я. Переважну частину побічних явищ
у стаціонарних медичних закладах та при первинному медичному обслу-
говуванні можна було б попередити за допомогою системних факторів, що
проявляються стосовно більшості з них.

5) Ця Рекомендація заснована на роботі із забезпечення безпеки пацієнтів, що здійснюється Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) за допомогою Всесвітнього альянсу за безпеку пацієнтів, Ради Європи та Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР), та доповнює її.

6) Спільнота за допомогою Сьомої рамкової програми наукових досліджень та розробок (5) підтримує дослідження в системах охорони здоров'я, особливо стосовно якості медичного обслуговування, відповідно до положень Теми охорони здоров'я, приділяючи велику увагу безпеці пацієнтів. Останньому також приділено особливу увагу в рамках Теми інформаційно-комунікаційних технологій.

7) Європейська комісія у своїй Білій книзі «Разом для здоров'я: стратегічний підхід для ЄС на 2008–2013 рр.» від 23 жовтня 2007 р. визначає безпеку пацієнтів як простір для діяльності.

(5) Рішення № 1982/2006/ЄС Європейського парламенту та Ради ЄС від 18 грудня 2006 р. стосовно Сьомої рамкової програми Європейської спільноти з досліджень, технологічних розробок та демонстраційних проектів (2007–2013 рр.) (ОЖ N L 412, 30.12.2006, стор. 1).

8) Досвід показує, що держави – члени ЄС перебувають на різних рівнях розробки та впровадження ефективних і всеохоплюючих стратегій у галузі безпеки пацієнтів (1). Таким чином, ця Рекомендація має намір створити основу для стимулювання розвитку політики та подальших дій всередині держав – членів ЄС для вирішення ключових питань безпеки пацієнтів, з якими зустрічається ЄС, та між ними.

9) Пацієнти повинні бути поінформовані та уповноважені шляхом залучення їх до процесу забезпечення безпеки пацієнта. Вони повинні бути поінформовані про стандарти безпеки пацієнтів, передовий досвід і практику та/чи діючі заходи безпеки, а також про те, як вони можуть знайти доступну та зрозумілу інформацію про подання скарг і систему компенсацій.

10) Держави – члени ЄС повинні створювати, зберігати чи покращувати всебічну звітність і системи навчання так, щоб могли бути відображені масштаби та причини побічних явищ з метою розробки ефективних рішень і заходів. Безпека пацієнта повинна бути включена до освіти та професійної підготовки медичних працівників як постачальників медичних послуг.

11) Порівнювані та сукупні дані мають бути зібрані на рівні Спільноти для створення ефективних і прозорих програм із забезпечення безпеки пацієнтів і затвердження структур, політики та передового досвіду та практики, що повинні бути розповсюджені серед держав – членів ЄС. На основі співпраці між державами – членами ЄС та Європейської комісії для полегшення взаємного навчання має бути розроблено єдину термінологію з безпеки пацієнтів і загальні показники з урахуванням роботи відповідних міжнародних організацій.

12) Інструменти інформаційних і комунікаційних технологій, такі як електронні медичні карти чи електронні медичні рецепти, можуть сприяти підвищенню безпеки пацієнтів, наприклад, шляхом систематичного збору та аналізу інформації про потенційні взаємодії медичної продукції чи алергії. Інструменти інформаційних і комунікаційних технологій мають бути також спрямовані на покращення розуміння користувачів медичної продукції.

13) Національні стратегії, що доповнюють стратегії, спрямовані на раціональне використання протимікробних препаратів (2), мають бути розроблені з включенням до них попередження та боротьби з внутрішньолікарняними інфекціями в рамках завдань національної охорони здоров'я та з метою зниження ризику зараження такими інфекціями в медичних закладах. Важливо, щоб необхідні ресурси для впровадження компонентів національної стратегії були виділені в рамках основного фінансування медичної допомоги.

(1) Підвищення безпеки пацієнтів у Європі (SIMPATIE) – проект, заснований у рамках Програми охорони здоров'я Спільноти на 2003–2008 pp. (<http://www.simpatie.org>).

(2) Наприклад, висновок Ради ЄС щодо стійкості до мікробів, прийнятий 10 червня 2008 р.

14) Попередження та боротьба з внутрішньолікарняними інфекціями повинні бути довгостроковим стратегічним пріоритетом для закладів охорони здоров'я. Усі ієрархічні рівні та функції повинні взаємодіяти один з одним для досягнення орієнтованої на результат поведінки та реорганізації шляхом розподілення відповідальності на всіх рівнях, організації допоміжних засобів і місцевих технічних ресурсів, а також створення процедур оцінки.

15) Необхідні дані про внутрішньолікарняні інфекції не завжди доступні для проведення цілеспрямованого порівняння закладів системою санітарно-епідеміологічного нагляду, моніторингу епідеміології патогенних мікроорганізмів, пов'язаних з наданням медичних послуг, а також проведення оцінки та визначення напряму політики в галузі попередження та боротьби з внутрішньолікарняними інфекціями. Таким чином, системи санітарно-епідеміологічного нагляду повинні бути створені чи закріплені на рівні медичних закладів, а також на регіональному та національному рівнях.

16) Держави – члени ЄС повинні прагнути до зменшення кількості людей, які страждають від внутрішньолікарняних інфекцій. Для того, щоб досягнути зменшення кількості внутрішньолікарняних інфекцій, потрібно підтримувати кількість медичних працівників, що спеціалізуються на боротьбі з такими інфекціями. Окрім того, держави – члени ЄС та їх заклади охорони здоров'я повинні розглянути питання про залучення персоналу для підтримки штату спеціалістів з боротьби з внутрішньолікарняними інфекціями на клінічному рівні.

17) Держави – члени ЄС повинні працювати в тісному контакті з передовими технологіями в галузі охорони здоров'я з метою планування організації високого рівня безпеки пацієнтів для зменшення частоти виникнення побічних явищ у галузі медичних послуг.

18) Для досягнення вищевказаної мети із забезпечення безпеки пацієнтів, у тому числі попередження та боротьби з внутрішньолікарняними інфекціями, держави – члени ЄС повинні забезпечити всеосяжний підхід у розгляді найбільш придатних елементів, що мають реальний вплив на розповсюдження та тяжкість побічних явищ.

19) Діяльність Спільноти в галузі охорони громадського здоров'я повинна в повному обсязі поважати відповідальність держав – членів ЄС за організацію та надання медичних послуг та медичної допомоги,

ДІЙСИМ РЕКОМЕНДУЄ:

Застосування нижчезазначених визначень з метою дійсної Рекомендації:

«Побічне явище» означає випадок, що призводить до завдання шкоди пацієнту;

«Шкода» має на увазі порушення структури чи функції організму та/або будь-який шкідливий вплив, що є їх наслідком;

«Внутрішньолікарняні інфекції» означають захворювання чи патології, викликані наявністю збудника інфекції чи його продуктів у медичних закладах і при проведенні медичних процедур чи лікування;

«Безпека пацієнтів» означає відсутність для пацієнта непотрібної чи потенційної шкоди, пов'язаної з наданням медичних послуг;

«Індикатор процесу» означає індикатор, що належить до дотримання погоджених заходів, таких як гігієна рук, санітарно-епідеміологічний нагляд, стандартні операційні процедури.

«Структурний індикатор» означає індикатор, що належить до будь-якого ресурсу, такого як персонал, інфраструктура чи комітет;

ЩОБ ДЕРЖАВИ – ЧЛЕНИ ЄС:

I. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ЗАГАЛЬНИХ ПИТАНЬ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ

1. Підтримувати створення та розвиток національної політики та програм із забезпечення безпеки пацієнтів шляхом:

а) призначення компетентного органу чи органів влади, чи будь-якого іншого компетентного органу чи органів, відповідальних за безпеку пацієнтів на їх території;

б) визначення безпеки пацієнтів пріоритетним питанням у галузі політики та програм охорони здоров'я на національному, регіональному та місцевому рівнях;

с) підтримки розвитку безпечних і зручних у використанні систем, процесів та інструментів, включаючи використання інформаційних і комунікаційних технологій;

д) регулярного перегляду та оновлення стандартів безпеки та/чи передової практики і досвіду, що застосовуються до медичного обслуговування на їх території;

е) стимулювання професійних медичних закладів до активної участі в забезпеченні безпеки пацієнтів;

ф) включення особливого підходу до просування безпечної практики для попередження побічних явищ, що зустрічаються найчастіше, таких як явища, що викликані застосуванням медичних препаратів, внутрішньолікарняні інфекції та ускладнення під час чи після хірургічного втручання.

2. Уповноважувати та інформувати громадян і пацієнтів шляхом:

а) залучення організацій пацієнтів та їх представників до розробки політики та програм із забезпечення безпеки пацієнтів на всіх відповідних рівнях;

б) розповсюдження інформації серед пацієнтів про:

i) чинні стандарти безпеки пацієнтів;

ii) існуючий ризик, заходи безпеки, включаючи передовий досвід і практику, щоб зменшити чи попередити помилки та шкоду, а також про право на інформовану згоду на лікування, щоб полегшити вибір пацієнта та прийняття рішення;

iii) процедури подання скарг, доступні засоби правового захисту та відшкодування, а також чинні терміни та умови;

с) розгляду можливостей розвитку основних компетенцій у галузі безпеки пацієнтів, а саме основних знань, навичок і вмій, необхідних для досягнення безпечного догляду за пацієнтами.

3. Підтримувати створення чи закріплення звітності «без вини» та систем навчання про побічні ефекти, які:

а) надають інформацію про масштаби, види та причини помилок, побічних ефектів і промахів;

б) заохочують працівників охорони здоров'я активно надавати звіти шляхом створення кон'юнктури звітності, що повинна бути відкритою, справедливою та такою, що не несе карального характеру. Така звітність має бути диференційована залежно від дисциплінарних систем і процедур держав – членів ЄС для медичних працівників, а за потреби мають бути роз'яснені правові питання, що стосуються відповідальності медичних працівників.

с) забезпечують у разі потреби можливість для пацієнтів, їх родичів та інших неофіційних осіб, які здійснюють догляд за пацієнтом, повідомити про свій досвід;

д) доповнюють інші системи звітності стосовно безпеки, такі як системи щодо фармакологічного нагляду та медичного обладнання, уникаючи при цьому дублювання звітності там, де це можливо.

4. Сприяти на відповідному рівні освіти та навчанню медичних працівників з питань безпеки пацієнтів шляхом:

а) заохочення багатопрофільної освіти та навчання всіх медичних працівників безпеки пацієнтів, а також інших працівників охорони здоров'я та відповідного управлінського та адміністративного персоналу в медичних закладах;

б) включення безпеки пацієнтів до програми університетської та пост-університетської освіти, а також тренінгів з професійної підготовки та підвищення кваліфікації спеціалістів в галузі охорони здоров'я;

в) розгляду розвитку основних компетенцій у галузі безпеки пацієнтів, а саме основних знань, навичок і вмінь, необхідних для досягнення безпечного догляду, для їх розповсюдження серед усіх працівників охорони здоров'я, а також відповідного управлінського та адміністративного персоналу в медичних закладах;

г) надання та розповсюдження інформації для всіх працівників охорони здоров'я про стандарти безпеки пацієнтів, наявний ризик та заходи безпеки, включаючи передову практику та досвід, для того, щоб зменшити чи попередити помилки та шкоду, заохочуючи участь працівників охорони здоров'я;

д) співпраці з організаціями, що беруть участь у професійній освіті в галузі охорони здоров'я, для того, щоб безпеці пацієнта було приділено належну увагу в програмі вищої освіти, а також у нинішній освіті та професійній підготовці спеціалістів у галузі охорони здоров'я, зокрема під час розвитку навичок, необхідних для керування та виконання поведінкових змін з метою покращення безпеки пацієнтів через системні зміни.

5. Класифікувати та вимірювати безпеку пацієнтів на рівні Спільноти, працюючи одна з одною та з Європейською комісією, для чого необхідно:

а) розробити загальні визначення та термінології з урахуванням міжнародної діяльності зі стандартизації, такої як Міжнародна класифікація в галузі безпеки пацієнтів, що розробляється ВООЗ, та діяльність Ради Європи в цій галузі;

б) розробити набір надійних і порівнюваних показників, щоб визначити проблеми безпеки, оцінити ефективність заходів, спрямованих на підвищення безпеки та полегшення взаємного навчання між державами – членами ЄС. Потрібно враховувати роботу, проведenu на національному рівні, та міжнародну діяльність, таку як проект «Індикатори якості в охороні здоров'я» ОЕСР та проект «Індикатори здоров'я в Спільноті»;

с) організовувати зустрічі та обмінюватися порівнюваними даними та інформацією з безпеки лікування пацієнтів з точки зору типу та кількості для полегшення взаємного навчання та інформування про встановлені пріоритети для того, щоб допомогти державам – членам ЄС обмінюватися відповідними показниками з суспільством у майбутньому.

6. Обмінюватися знаннями, досвідом і передовою практикою, працюючи одна з одною та з Європейською комісією, а також відповідними європейськими та міжнародними органами щодо:

а) створення ефективних і прозорих програм, структур і політики з безпеки пацієнтів, включаючи звітність і системи навчання, з метою усунення побічних явищ у сфері охорони здоров'я;

б) ефективності оперативних заходів із забезпечення безпеки пацієнтів та прийняття рішень на рівні медичних закладів та оцінки їх прийнятності;

с) своєчасного попередження про небезпеку пацієнтів.

7. Розробляти та розвивати дослідження щодо безпеки пацієнтів.

II. ДОДАТКОВІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПОПЕРЕДЖЕННЯ ТА БОРОТЬБИ З ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНИМИ ІНФЕКЦІЯМИ

8. Приймати та впроваджувати стратегії на відповідному рівні для попередження та боротьби з внутрішньолікарняними інфекціями, ставлячи собі таку мету:

а) упровадження заходів попередження та боротьби на національному чи регіональному рівнях з метою сприяння стримуванню розповсюдження внутрішньолікарняних інфекцій, зокрема шляхом:

i) упровадження стандартних і заснованих на оцінці ризиків заходів попередження та боротьби в усіх медичних закладах відповідно до потреби;

ii) забезпечення погодженості та взаємодії щодо заходів попередження та боротьби з інфекціями між медичними працівниками, які лікують чи забезпечують догляд за конкретним пацієнтом;

iii) забезпечення посібниками та рекомендаціями на національному рівні;

iv) заохочення дотримання заходів попередження та боротьби за допомогою використання структурного індикатора та індикатора процесу, а також результатів існуючих процесів акредитації чи сертифікації;

б) підвищення ефективності попередження та боротьби з інфекціями на рівні медичних закладів, зокрема шляхом заохочення медичних закладів мати:

i) програму попередження та боротьби з інфекціями за такими аспектами, як організаційні та структурні заходи, діагностичні та терапевтичні процедури (наприклад, стратегію використання антибіотиків), необхідні ресурси,

завдання санітарно-епідеміологічного нагляду, навчання та інформацію для пацієнтів;

ii) відповідні заходи організаційного управління з розробки та моніторингу програми попередження та боротьби з інфекціями;

iii) відповідні організаційні заходи та кваліфікований персонал із завданням упровадження програми попередження та боротьби з інфекціями;

с) створення та укріплення активних систем санітарно-епідеміологічного нагляду:

i) на національному чи регіональному рівнях:

- організовуючи на регулярній основі дослідження рівня розповсюдження захворювань у разі необхідності;

- беручи до уваги важливість санітарно-епідеміологічного нагляду за певними типами інфекцій для створення національних довідкових даних, що супроводжуються індикаторами процесу та структурними індикаторами для оцінки стратегії;

- організовуючи своєчасне виявлення та звітність про небезпеку мікроорганізмів чи їх скупчень, пов'язаних з наданням медичних послуг, до компетентного органу відповідно до вимог на рівні держав – членів ЄС;

- подаючи звітність про скупчення мікроорганізмів та типи інфекцій, що мають значення для Спільноти, чи на міжнародному рівні відповідно до чинного законодавства Спільноти (1) чи міжнародних правил;

(ii) на рівні медичних закладів:

- сприяючи високій якості мікробіологічної документації та історії хвороби пацієнта;

- виконуючи нагляд за частотою виникнення певних типів інфекцій, що супроводжуються індикаторами процесу та структурними індикаторами для оцінки впровадження заходів боротьби з інфекціями;

- розглядаючи можливість виконання нагляду за окремими видами інфекцій та/чи окремими штамами збудників захворювань, пов'язаних з наданням медичних послуг, для своєчасного виявлення небезпеки мікроорганізмів чи їх скупчень;

iii) використовуючи у разі необхідності методи нагляду та індикатори відповідно до рекомендацій Європейського центру з профілактики та контролю захворюваності та виявлення захворювань, погоджених на рівні Спільноти, відповідно до положень Рішення 2119/98/ЄС;

d) сприяння навчанню та професійній підготовці медичних працівників:

i) на національному чи регіональному рівнях, визначаючи та застосовуючи спеціалізовану підготовку з контролю інфекцій та/чи освітні програми для працівників, які здійснюють боротьбу з інфекціями, та укріплюючи системи навчання з попередження та боротьби з внутрішньолікарняними інфекціями для інших медичних працівників;

ii) на рівні медичних закладів:

забезпечуючи регулярне навчання всіх медичних працівників, включаючи керівників, основним принципам гігієни та попередження і боротьби з інфекціями;

i, наприклад, Рішення 2119/98/ЄС Європейського парламенту чи Ради від 24 вересня 1998 р., що встановлює мережу для епідеміологічного нагляду та контролю за інфекційними захворюваннями в Спільності та Міжнародні медико-санітарні правила (ОЖ N L 268, 3.10.1998, стор. 1), а також Регламент (ЄС) 726/2004 Європейського парламенту та Ради від 31 березня 2004 р., що встановлює процедури Спільноти з ліцензування медичної продукції, призначеної для використання в медицині та ветеринарії, та нагляду за нею, а також встановлює Європейську агенцію лікарських засобів (ОЖ N L 136, 30.04.2004, стор. 1).

- забезпечуючи регулярне підвищення кваліфікації персоналу, що має конкретні завдання, пов'язані з попередженням та боротьбою з внутрішньолікарняними інфекціями;

e) покращення інформованості пацієнтів через заклади охорони здоров'я:

(i) надаючи доступ до об'єктивної та зрозумілої інформації про ризик внутрішньолікарняних інфекцій, заходи, що впроваджуються медичними закладами для їх попередження, а також про те, як пацієнти можуть допомогти попередженню цих інфекцій;

(ii) надаючи конкретну інформацію, наприклад, щодо заходів попередження та боротьби для пацієнтів, колонізованих чи інфікованих збудниками захворювань, пов'язаних з наданням медичних послуг;

(f) підтримка наукових досліджень у таких галузях, як епідеміологія, застосування нанотехнологій і наноматеріалів, нових профілактичних і лікувальних технологій і заходів, а також у галузі економічної ефективності заходів з попередження та боротьби з інфекціями.

9. Розглядати для погодженого впровадження стратегії, згаданої у пункті (8), а також з метою обміну інформації та координації з Європейською комісією, Європейським центром з профілактики та контролю захворюваності, Європейською агенцією лікарських засобів та іншими державами – членами ЄС, створення, якщо це можливо, до 9 червня 2011 р. міжгалузевого механізму чи еквівалентних систем, що відповідають інфраструктурі в кожній державі –члені ЄС, що співпрацюють з наявним міжгалузевим механізмом, створеним відповідно до Рекомендацій 2002/77/ЄС Ради від 15 листопада 2001 р. з раціонального використання протимікробних препаратів у медицині (1).

III. ЗАКЛЮЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

10. Поширювати зміст дійсної Рекомендації серед організацій охорони здоров'я, професійних органів та освітніх закладів та сприяти їм у дотриманні підходів, запропонованих у ній, таким чином, щоб її ключові елементи були запроваджені до повсякденної практики.

11. Надати звіт Європейській комісії про хід упровадження дійсної Рекомендації до 9 червня 2011 р. та в подальшому надавати звіти за вимогою Європейської комісії, щоб зробити внесок для подальшого дотримання дійсної Рекомендації на рівні Спільноти,

ДІЙСНИМ ПРОПОНУЄ ЄВРОПЕЙСЬКІЙ КОМІСІЇ

надати Раді ЄС не пізніше 9 червня 2012 р. звіт про хід упровадження, що оцінює ефективність дійсної Рекомендації, на основі інформації, наданої державами – членами ЄС, щоб розглянути ступінь, в якому запропоновані заходи ефективно працюють, та проаналізувати питання про необхідність подальших дій.

Виконано в Люксембурзі 8 червня 2009 р.
Від імені Ради ЄС
Голова Петр СІМЕРКА (Petr SIMERKA)

**Концепція Програми розвитку
паліативної допомоги та догляду в м. Дніпрі
на 2017–2020 роки**

**Визначення проблеми, на розв’язання якої
спрямована Програма**

Сьогодні відповідно резолюцій і рекомендацій Ради Європи, ВООЗ, Європейської Асоціації паліативної та хоспісної допомоги в багатьох країнах світу створення і розвиток доступної та ефективної системи паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) населенню є одним з найпріоритетніших медико-соціальних і гуманітарних завдань урядів та суспільства, що зумовлено невпинно зростаючою кількістю паліативних пацієнтів (ПП) – невиліковних хворих з обмеженим прогнозом тривалості життя.

Упродовж останніх десятиліть медико-демографічна ситуація в Україні в цілому, та в м. Дніпрі зокрема характеризується швидким старінням населення та високим рівнем захворюваності й смертності через онкологічні захворювання, ускладнення хронічних неінфекційних захворювань, ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу, вірусних гепатитів В і С. У багатьох ПП, особливо похилого та старечого віку, має місце значне зниження якості життя через вікові ураження опорно-рухового апарату, центральної та периферичної нервової системи та сполучної тканини, онкологічні, генетичні та алергічні захворювання, тяжкі ускладнення церебро- та серцево-судинних захворювань, ендокринної системи (зокрема цукрового діабету), нирок та органів дихання, нейродегенеративні захворювання головного мозку та когнітивні розлади, зокрема хворобу Альцгеймера, тощо. Зазначена ситуація ставить перед системами охорони здоров’я та соціального захисту населення нові виклики, зокрема щодо створення та розвитку інноваційної доступної та ефективної системи ПХД.

Згідно з наказом МОЗ України від 15.07.2011 № 420 «Про затвердження методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі» (Розділ V. Розрахунок потреби населення у паліативній допомозі) не менше ніж 80 % пацієнтів з інкурабельними формами онкологічних та інших хронічних захворювань потребують паліативної допомоги. При середній щорічній смертності населення м. Дніпра впродовж останніх 5 років у 14,0 тис. осіб щорічна потреба в ПХД становить 11,2 тис. пацієнтів і, відповідно, майже 34 тис. їхніх родичів. Серед інкурабельних хворих ПХД в м. Дніпрі щорічно потребують понад 1,8 тис. онкологічних хворих, 9,9 тис. пацієнтів з інкурабельними формами серцево-судинних захворювань,

хвороб органів дихання та травної системи, цукрового діабету. Окрему групу складають хворі на туберкульоз, серед яких середня щорічна смертність – 120 осіб і, відповідно, понад 90 пацієнтів щороку потребують ПХД, а також хворі на ВІЛ-інфекцію/СНІД, середня щорічна смертність серед яких складає 250 осіб і, відповідно, майже 200 хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД щороку потребують ПХД.

Для надання стаціонарної ПХД у м. Дніпрі розгорнуто 25 ліжок (10 ліжок у КЗ «Дніпропетровська міська лікарня № 15 ДОР», 10 ліжок у КЗ «Дніпропетровська міська клінічна лікарня № 2 ДОР» та 5 ліжок у складі терапевтичного відділення КЗ «Дванадцять ТМО»), на яких упродовж року можуть одержати ПХД близько 200 ПП.

Отже, щорічна потреба в наданні ПХД населенню м. Дніпра на амбулаторному рівні та вдома становить біля 11 тис. ПП та близько 33 тис. членів їх родин.

Ураховуючи, що заклади охорони здоров'я та соціального захисту населення, які підпорядковані Дніпровській міській раді, представлені амбулаторіями, центрами ПМСД та 8 територіальними центрами соціального обслуговування населення в усіх районах міста, Програма має забезпечити ефективну міжвідомчу координацію та співпрацю, а також упровадження мультидисциплінарних підходів надання ПХД.

Визначення паліативної допомоги дається в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (Розділ V «Медична допомога», стаття 35-4 «Паліативна допомога»): «На останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань пацієнтам надається паліативна допомога, яка включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів, а також надання психосоціальної і моральної підтримки членам їх сімей.

Паліативна допомога надається безоплатно за направленням закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові надавалася вторинна (спеціалізована) чи третинна (високоспеціалізована) медична допомога, з яким укладено договір про медичне обслуговування населення.

Порядок надання паліативної допомоги та перелік медичних показань для її надання визначаються центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я».

У наказі МОЗ України від 21.01.2013 № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні» визначено, що «паліативний пацієнт – пацієнт усіх вікових груп, хвороба якого не піддається лікуванню, спрямованому на одужання (далі — Пацієнт);

Статус Пацієнта визнається лікуючим лікарем з моменту встановлення діагнозу невилікового прогресуючого захворювання з прогнозованою тривалістю життя.

Паліативна допомога надається безоплатно за направленням закладу охорони здоров'я.

Форми надання паліативної допомоги в стаціонарних, амбулаторних умовах або вдома визначаються залежно від стану Пацієнта та його родини».

У наказі Мінсоцполітики України від 29.01.2016 № 58 «Про затвердження Державного стандарту паліативного догляду» зазначено: «паліативний/хоспісний догляд – допомога у самообслуговуванні, спостереження за станом здоров'я, сприяння наданню медичних послуг, допомога в забезпеченні технічними засобами реабілітації, навчання навичкам користування ними, навчання членів сім'ї догляду, представництво інтересів, психологічна підтримка особи та членів її сім'ї, надання інформації з питань соціального захисту населення, допомога в отриманні безоплатної правової допомоги, організація та підтримка груп самопомоги;

отримувач соціальної послуги з паліативного догляду (далі – отримувач соціальної послуги) – особа з обмеженим прогнозом життя, яка має невиліковні прогресуючі захворювання, що супроводжуються вираженим больовим синдромом, тяжкими розладами життєдіяльності, потребує догляду, психологічної, соціальної, духовної підтримки, користується заходами, які становлять зміст соціальної послуги з паліативного догляду;

мультидисциплінарна команда – команда, до складу якої включається не менше трьох осіб з числа таких працівників: соціальний працівник, соціальний робітник, медичний працівник, юрисконсульт, психолог, духівник та інші фахівці, які пройшли навчання за тематичними циклами з питань паліативного догляду».

Доступність і ефективність ПХД забезпечуються шляхом впровадження таких обов'язкових складових:

- *професійна медична допомога (паліативне/симптоматичне лікування)*, яка надається медичними працівниками різного профілю (зокрема хірургічне, хіміо- та радіотерапевтичне, фармакотерапевтичне, дієтичне, реабілітаційне лікування тощо);

- *професійна психологічна допомога*, яка надається фахівцями-психологами або лікарями-психотерапевтами і стосується також членів сім'ї пацієнта;

- *соціальна складова*, що реалізується соціальними працівниками, соціальними робітниками, волонтерами НУО;

- *духовна/релігійна складова* (медичне капеланство), що здійснюється священнослужителями відповідної релігійної конфесії або церкви.

Отже, головною метою ПХД є забезпечення належної якості життя в термінальній стадії захворювання, максимальне полегшення фізичних і моральних страждань пацієнта та його близьких, а також збереження людської гідності невиліковних хворих наприкінці земного життя, завдяки цілісному

підходу до пацієнта як до особистості, виходячи з його індивідуальних потреб, вікових і психоемоційних, релігійних і національно-культурних особливостей.

Доступність та ефективність ПХД досягаються шляхом забезпечення та координації співпраці закладів охорони здоров'я та соціального захисту населення, регулюються вищезазначеними нормативно-правовими актами, а також спільним наказом Міністерства соціальної політики та Міністерства охорони здоров'я України від 23.05.2014 № 317/353 «Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів при наданні соціальних послуг паліативного догляду вдома невиліковно хворим».

Також важливу роль має відігравати впровадження механізмів соціального замовлення з метою залучення до надання мультидисциплінарної ПХД громадських організацій і волонтерів та розвиток механізмів приватно-державного партнерства.

Проблемними питаннями, на вирішення яких спрямована Програма, є:
відсутність у м. Дніпрі доступної та ефективної служби надання паліативної, хоспісної допомоги та догляду за невиліковно хворими мешканцями міста;

відсутність оптимальної організаційної моделі надання ПХД та догляду за невиліковно хворими мешканцями м. Дніпра на рівні первинної медико-санітарної допомоги;

відсутність координації та співпраці між закладами охорони здоров'я та соціального захисту населення при наданні ПХД та догляду за ПП та членами їх сімей в амбулаторних умовах і вдома;

відсутність виїзних бригад для надання мультидисциплінарної ПХД вдома;

відсутність координації та наступності надання ПХД у стаціонарних закладах охорони здоров'я, що функціонують у місті;

відсутність служби надання ПХД дітям;

недостатня матеріальна мотивація медичних і соціальних працівників, які залучені до надання ПХД, що зумовлює низьку заінтересованість і значну плинність персоналу, що спричиняє незадовільне кадрове забезпечення;

недостатня до- і післядипломна професійна підготовка медичних і соціальних працівників з питань надання ПХД, що зумовлює незадовільний рівень знань і навичок персоналу щодо адекватного знеболення ПП вдома у випадку хронічного больового синдрому, ефективного симптоматичного лікування наприкінці життя, психологічної та соціальної підтримки, невміння працювати в команді та забезпечити мультидисциплінарний підхід надання ПХД;

недостатнє фінансове забезпечення знеболення ПП пацієнтів вдома;

відсутність спеціалізованої ПХД геріатричним пацієнтам, зокрема пацієнтам з хворобою Альцгеймера, хворим на туберкульоз, ВІЛ-інфекцію/СНІД, вірусні гепатити В і С у термінальній стадії захворювання, пораненим в АТО тощо;

відсутність науково обґрунтованих стандартів, клінічних настанов і протоколів надання мультидисциплінарної ПХД в амбулаторних умовах і вдома;

відсутність закладів для довготривалого стаціонарного та амбулаторного догляду й опіки пацієнтів після інсульту, інфаркту, хворих на розсіяний склероз і після травматичних пошкоджень центральної та периферичної нервової системи, зокрема лікарень і відділень сестринського догляду, відділень паліативної допомоги в будинках-інтернатах для осіб з інвалідністю, геріатричних інтернатах тощо;

відсутність механізмів залучення громадських, релігійних організацій і волонтерів для надання мультидисциплінарної ПХД вдома;

недостатня робота щодо формування громадської думки стосовно значення створення та розвитку доступної та ефективної служби ПХД у м. Дніпро;

недостатнє бюджетне фінансування та залучення позабюджетних джерел фінансування для створення та розвитку доступної та ефективної служби ПХД у м. Дніпрі;

відсутність системи соціальної підтримки, психологічної допомоги та навчання родичів ПП;

відсутність механізмів залучення священнослужителів різних конфесій і створення інституту медичного капеланства для забезпечення духовної складової ПХД;

недостатній розвиток благодійництва та меценатства для сприяння створення та розвитку доступної та ефективної служби ПХД у м. Дніпрі.

Мета та пріоритети Програми, що визначені цією Концепцією

Метою Програми є забезпечення гарантованої доступності та ефективності, якості та безпеки надання ПХД мешканцям м. Дніпра шляхом створення та розвитку доступної та ефективної служби ПХД та догляду за ПП, оптимізації мережі установ і закладів хорони здоров'я та соціального захисту населення, які надають ПХД, на основі застосування міжнародних, національних стандартів і підходів, наукових розробок вітчизняних і зарубіжних фахівців, кращих світових і національних практик, залучення громадських організацій і волонтерів, що забезпечить відповідну якість життя, медичну та психологічну допомогу, соціальну та духовну підтримку паліативних пацієнтів і членів їх родин.

Завдання та заходи Програми

Завдання та заходи з виконання Програми наведено в додатку.

Виконавці Програми

Відповідальний виконавець Програми та розпорядник коштів – департамент охорони здоров'я населення Дніпровської міської ради.

Виконавцями Програми є: департамент охорони здоров'я населення і департамент соціальної політики Дніпровської міської ради, районні ради м. Дніпра, громадські та релігійні організації та професійні спілки (за погодженням).

Очікувані результати виконання Програми

Виконання Програми дасть змогу:

створити у м. Дніпрі доступну та ефективну службу паліативної допомоги та догляду за ПП в амбулаторних умовах і вдома відповідно до потреб населення та кращих національних і міжнародних стандартів, врахування медико-демографічних та організаційних особливостей системи охорони здоров'я та соціального захисту населення;

забезпечити потребу населення м. Дніпра в ПХД та догляді за ПП в амбулаторних умовах і вдома за рахунок координації та співпраці між закладами охорони здоров'я та соціального захисту населення, створення та розвитку виїзних бригад для надання мультидисциплінарної ПХД вдома в кожному районі міста;

забезпечити координацію та наступність надання стаціонарної ПХД у лікувальних закладах міста;

розробити та впровадити електронний реєстр ПП, запровадити інноваційні форми та методи паліативної допомоги та догляду за ПП, що дасть можливість підвищити доступність ПХД, охопити спеціалізованою паліативною допомогою людей похилого віку, дітей, хворих на туберкульоз, ВІЛ-інфекцію/СНІД, вірусні гепатити В і С у термінальній стадії захворювань та інших пацієнтів, які потребують ПХД, незалежно від нозології захворювання;

забезпечити відповідну матеріальну мотивацію медичних і соціальних працівників, які залучені до надання ПХД, що зумовить підвищення заінтересованості та зменшить плинність кадрів і покращить кадрове забезпечення закладів охорони здоров'я та соціального захисту населення;

затвердити локальні клінічні протоколи надання знеболення при хронічному больовому синдромі, забезпечити всіх (100 %) ПП, які потребують знеболення, ефективними знеболюючими лікарськими засобами;

створити ефективну систему до- і післядипломної професійної підготовки медичних працівників з питань надання ПХД, зокрема діагностики та адекватного лікування хронічного больового синдрому та симптомів розладів життєдіяльності, організації соціальної, психологічної та духовної допомоги ПП і їхнім рідним, що дозволить охопити навчанням понад 80 % медичних працівників;

створити ефективну систему післядипломної професійної підготовки соціальних працівників та навчання соціальних робітників з питань паліативного догляду, що дозволить охопити навчанням понад 80 % соціальних працівників і соціальних робітників;

покращити фінансове забезпечення служби ПХД та догляду за ПП вдома; запровадити заклади для довготривалого стаціонарного та амбулаторного догляду й опіки пацієнтів після інсульту, інфаркту, хворих на розсіяний склероз і після травматичних пошкоджень центральної та периферичної нервової системи, зокрема лікарень і відділень сестринського догляду, відділень паліативної допомоги в будинках-інтернатах для осіб з інвалідністю, геріатричних інтернатах тощо;

упровадити ефективні механізми залучення громадських, релігійних організацій і волонтерів для надання мультидисциплінарної ПХД вдома;

упровадити систему соціальної підтримки, психологічної допомоги та навчання родичів ПП;

упровадити ефективні механізми залучення громадських, релігійних організацій і волонтерів, залучення священнослужителів різних конфесій і створення інституту медичного капеланства з метою забезпечення духовної складової ПХД для надання мультидисциплінарної ПХД вдома;

забезпечити розвиток благодійництва та меценатства для сприяння створення та розвитку доступної й ефективної служби ПХД у м. Дніпрі;

створити сприятливе інформаційне середовище та позитивну громадську думку стосовно важливості ПХД, що необхідно для послідовної та ефективної реалізації Програми.

Ресурсне забезпечення Програми

Фінансування заходів Програми є пріоритетом міської влади. Програма розробляється та виконується за рахунок коштів державного та міського бюджетів у межах бюджетних призначень, передбачених на заходи з охорони здоров'я та соціального захисту населення, залучення коштів міського бюджету в межах щорічних запланованих асигнувань та інших джерел, передбачених законодавством, залучених коштів благодійних фондів, міжнародної технічної, фінансової допомоги та інших джерел, не заборонених законодавством, попередні суми яких наведено в Ресурсному забезпеченні

Програми (додаток 2). Обсяги необхідних для реалізації Програми коштів і перелік додаткових заходів будуть щорічно уточнюватися з урахуванням аналізу отриманих результатів, бюджетних можливостей і встановлених пріоритетів Програми..

Обсяг матеріально-технічних і трудових ресурсів, необхідних для виконання Програми, визначається під час розроблення відповідних завдань і заходів.

Реалізація Програми передбачає етапність виконання з поступовою зміною пріоритетних напрямів фінансування. У разі зміни пропорцій фінансування окремих компонентів загальний кошторис повинен забезпечувати реалізацію Програми в цілому відповідно до отриманих медико-статистичних показників, результатів ефективності заходів ПХД та догляду.

Щорічно, на початку року, шляхом аналізу медичних статистичних показників здійснюється оцінка стану виконання Програми за звітний період (попередній рік).

Строк виконання програми – 2018–2020 роки.

Заступник міського голови з питань
діяльності виконавчих органів,
директор департаменту охорони
здоров'я населення
Дніпровської міської ради

А. А. Бабський

Концепція Програми «Інфекційна безпека міста Дніпро на 2018–2020 роки»

Забезпечення належного рівня здоров'я та безпеки населення – надважливий соціальний пріоритет влади, реалізація якого обумовлюється складним характером сучасної ситуації в охороні здоров'я громади м. Дніпра.

Незважаючи на значні успіхи сучасної медичної науки, зростає загроза інфекційних захворювань для людства. Інфекційні хвороби посідають одне з провідних місць у структурі захворюваності населення, призводять до зниження якості життя, втрати працездатності, інвалідності та смертності в усіх країнах світу, у тому числі в Україні.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ), інфекційною патологією і досі зумовлено 25 % усіх смертей на планеті. Тому ВООЗ вважає за доцільне створення в кожній країні та регіоні власної системи епідеміологічного нагляду з метою отримання інформації, яка б сприяла розумінню особливостей інфекційного та епідемічного процесів у сучасних умовах і допомагала в реалізації ефективних програм профілактики та лікування.

Мета нагляду за інфекційними хворобами на сучасному етапі визначається глобальними пріоритетами в рамках Програми Європейського бюро ВООЗ «Здоров'я-XXI: Політика досягнення здоров'я для всіх у Європейському регіоні ВООЗ — двадцять одне завдання на двадцять перше сторіччя». Україна як держава – учасниця Конвенції ООН про заборону бактеріологічної (біологічної) і токсинної зброї (далі – КБТЗ) повинна дотримуватися всіх її положень, виконувати рішення і рекомендації в рамках КБТЗ. Положення КБТЗ особливо актуальні для м. Дніпра, яке розташоване поруч із зоною ведення бойових дій.

Доказові заходи щодо поліпшення інфекційної безпеки визначені ВООЗ у Керівних принципах щодо основних компонентів профілактики інфекцій та програмах управління на національному рівні і на рівні медичних закладів, а також у Глобальному плані дій у відповідь на зростаючу проблему стійкості до антибіотиків та до інших протимікробних препаратів.

На цей час в Україні практично зруйновано систему епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами, немає належного моніторингу за епідемічною ситуацією, рівень охоплення щепленнями не досягає 50 %. Не здійснюється підготовка фахівців, навчання з питань організації заходів у разі виникнення карантинних та особливо небезпечних інфекцій, з протидії спалахам, зумовленим випадковим звільненням інфекційних агентів у лабораторних умовах та інших причин.

Не проводиться зовнішній контроль якості бактеріологічних, вірусологічних лабораторних досліджень, навчання фахівців лабораторної мережі сучасним методам діагностики інфекційних захворювань, не впроваджуються новітні технології в лабораторній діагностиці.

Таким чином, одним із завдань щодо інфекційної безпеки населення є створення системи моніторингу, організаційних, нормативно-правових заasad для забезпечення інфекційної безпеки території міста Дніпра.

Наступною найгострішою проблемою з безпеки пацієнтів у сучасній охороні здоров'я є проблема інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги (далі – ІПМД).

Щороку мільйони пацієнтів страждають від ІПМД. За даними ВООЗ, щогодини понад 1,4 мільйона людей у всьому світі страждають від інфекцій, набутих у лікарнях. У середньому 7 % пацієнтів у розвинених країнах і 15 % у країнах з низьким і середнім рівнем доходів страждають від щонайменше однієї інфекції. Тільки в ЄС вартість лікування стійких патогенів оцінюється приблизно в 1,5 млрд євро на рік.

ІПМД є однією з основних причин смертності в стаціонарі, знижують ефективність лікування основного захворювання, збільшують вартість лікування і продовжують термін госпіталізації хворого в стаціонарі. Проте їх справжній масштаб і наслідки залишаються невідомими через труднощі в зборі достовірних даних, притаманні українській системі охорони здоров'я. Без профілактики ІПМД неможливо досягти основного завдання діяльності медичних закладів: якості медичної допомоги, яка б забезпечувала інфекційну безпеку пацієнтів, відвідувачів, персоналу медичних закладів і населення міста. Таким чином, проблема ІПМД несе в собі значні соціально-економічні та медичні наслідки.

У місті Дніпрі є аналогічні проблеми щодо інфекційної безпеки.

Епідемічна ситуація з інфекційної захворюваності є нестійкою, з тенденцією до погіршення. Серед мешканців міста реєструються летальні випадки від сказу, лептоспірозу, туберкульозу, грипу, кашлюка.

У поточному році захворіло на гострі респіраторні інфекції більше 80 тисяч мешканців, рівень захворюваності на гострі кишкові інфекції, кашлюк зріс у 2 рази, продовжується епідемія туберкульозу та ВІЛ-інфекції. Реєструється високий рівень захворюваності на вірусні гепатити.

Відсутній належний контроль за охопленням щепленнями дитячого та дорослого населення. Рівень імунізації проти дифтерії, кашлюка, правця серед дітей до року становить 18,1 %, проти кору, паротиту, краснухи серед дітей до 2 років – 46,4 %, проти туберкульозу серед новонароджених – 66,0 %, проти вірусного гепатиту В – 64,3 %.

У місті Дніпрі не створено незнижувального запасу імунобіологічних препаратів проти особливо небезпечних інфекцій, проведення екстреної

профілактики дифтерії, кору, правця, ботулізму, сказу та інших інфекційних захворювань.

Як у цілому в Україні має місце невизначеність з поширенням ППМД з причини недостовірності даних і небажання реєстрації в закладах охорони здоров'я випадків ППМД через загрозу покарання.

За даними статистики, у місті Дніпрі щороку реєструється 20–30 випадків внутрішньолікарняного інфікування, водночас за експертними даними – більше 10 000 пацієнтів.

Зруйновано систему підготовки, навчання, формування та підтримки професійної компетентності фахівців у сфері інфекційної безпеки.

Бракує фахівців і досвіду боротьби з інфекціями, пов'язаними з наданням медичної допомоги, які викликані стійкими до антибіотиків збудниками.

Наявна лабораторна мережа не має можливості в короткі терміни провести ідентифікацію збудників інфекційних захворювань під час інфікування в лікарні.

Місцеві ризики в конкретних закладах і відділеннях, їх особливості в плані інфекційної безпеки недостатньо ідентифікуються та нівелюються.

Не забезпечується належне фінансування заходів інфекційного контролю, зокрема: мікробіологічних досліджень, дезінфекційних заходів, у т. ч. закупівля стерилізаційного обладнання, засобів індивідуального захисту персоналу.

Не проводиться оцінка економічної ефективності заходів з профілактики ППМД: розрахунок витрат на впровадження та проведення заходів щодо профілактики ППМД, компонентів епідеміологічного нагляду, аналіз співвідношення витрати/вигоди, витрати/ефективність, витрати/користь.

Населення не бачить прихильності до інфекційної безпеки медичних працівників і керівників закладів охорони здоров'я, що природно викликає страх зараження в медичних закладах і недовіру до їх спроможності забезпечити інфекційну безпеку.

Загальноприйнятим підходом для вирішення зазначених проблем інфекційної безпеки є об'єднання заінтересованих сторін на основі єдиної цінності – безпеки пацієнтів – через програмні заходи з її забезпечення.

Програма «Інфекційна безпека міста Дніпра на період 2018–2020 роки» (далі Програма) впроваджується для забезпечення конституційних прав з безпеки життєдіяльності громадян і має бути інтегрована в програму соціально-економічного розвитку та систему охорони здоров'я міста.

Мета та пріоритети Програми визначені цією Концепцією.

Мета Програми

Створення системи управління профілактикою інфекцій через прихильність до інфекційної безпеки всіх заінтересованих сторін у місті.

Шляхи та способи розв'язання проблеми, строк виконання Програми
Розв'язанням проблеми інфекційної безпеки у місті є реалізація у 2018–2020 роках Програми, яка розроблена на основі рекомендованих ВООЗ, підтверджених даними доказової медицини керівних принципів.

Програма складається з двох розділів:

Розділ I – Інфекційна безпека територій.

Розділ II – Профілактика інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги.

Розділ I. Інфекційна безпека територій:

- визначення прогалин в операційних процедурах у системі епіднагляду та реагування;
- упровадження в систему епіднагляду та відповідних дій міжнародних стандартів якості, в першу чергу у сфері забезпечення якості лабораторної діагностики;
- зміцнення кадрового потенціалу шляхом проведення навчання з питань прикладної епідеміології, розслідування спалахів, лабораторної діагностики, ведення клінічних випадків, інфекційного контролю, адвокації, соціальної мобілізації та комунікації;
- використання стандартних показників ВООЗ для регулярного проведення оцінок основних медико-санітарних можливостей у цілях моніторингу прогресу та визначення подальших потреб.

Розділ II: Профілактика інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги

Освіта та навчання:

- визначення стандартів для забезпечення достатнього професійного рівня персоналу;
- підтримання навчання без відриву від роботи на рівні закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) відповідно до основних компетенцій для медичних працівників і співробітників, які беруть участь у наданні послуг у сфері охорони здоров'я;
- забезпечення професійної підготовки медичних працівників з питань інфекційної безпеки на базі тренінгового центру, створеного разом з Дніпропетровською академією медичних наук.

Спостереження, моніторинг та оцінка:

- координація, збір даних про ППМД, антибіотикорезистентність, оцінка та аналіз отриманих даних з метою надання відповідних рекомендацій заінтересованим сторонам для прийняття управлінських рішень;
- визначення стандартних випадків ППМД і методу спостереження за ними;

- проведення адаптації, розробка, поширення та впровадження в ЗОЗ керівних принципів ВООЗ для профілактики та лікування ІПМД;
- оцінка місцевих умов, визначення цілей, пріоритетів і методів контролю;
- моніторинг та оцінка ступеня відповідності заходів Програми рекомендаціям ВООЗ, їх виконання відповідно до цілей і завдань Програми, розповсюдження кращих практик;
- організаційно-методична допомога ЗОЗ у розробці та управлінні Програмою.

Мультимодальна стратегія:

- координація Програми в ЗОЗ і сприяння їх реалізації через взаємопов'язану (мультимодальну) стратегію управління на міському рівні з метою забезпечення якості надання медичної допомоги, створення позитивної організаційної культури та клімату для безпеки пацієнтів;
- адаптація мультимодальної стратегії, інтегральний підхід і забезпечення зворотного зв'язку щодо отриманих результатів з ключовими заінтересованими сторонами;
- професійна підготовка всіх відповідних осіб, які беруть участь у реалізації мультимодального підходу.

Забезпечення управління Програмою:

- моніторинг і складання регулярних звітів про стан виконання індикаторів і заходів Програми;
- забезпечення зв'язку з іншими міськими програмами, громадськими та професійними організаціями та заінтересованими сторонами щодо інфекційної безпеки міста;
- установа процедур готовності та реагування в надзвичайних ситуаціях;
- розроблення процедур, спрямованих на мотивацію та заохочення медичних працівників, відзначення кращих медичних працівників ЗОЗ за належне виконання Програми задля отримання змін і поліпшення надання медичної допомоги.

Очікувані результати виконання Програми, визначення її ефективності:

Формування прихильності до створення інфекційної безпеки в місті Дніпрі всіх заінтересованих сторін.

Досягнення цілей біологічної безпеки, що визначені в державних програмах, у т. ч. готовності до надзвичайних ситуацій.

Зниження смертності, інвалідності та ускладнень від інфекційних захворювань, у т. ч. з ІПМД.

Підвищення інфекційної безпеки пацієнтів у ЗОЗ та умов праці медичних працівників за рахунок упровадження безпечних медичних технологій.

Зниження додаткових витрат на лікування та діагностику інфекційних захворювань, у т. ч. ІПМД.

Систематичне інформування заінтересованих сторін про стан інфекційної безпеки в місті, що сприятиме прихильності до ситуації та її розумінню.

Формування довіри громадян до влади і ЗОЗ через їх підтвердження прихильності до інфекційної безпеки міста і як наслідок – участь громадян і пацієнтів у заходах з інфекційної безпеки.

Оцінка фінансових, матеріально-технічних, трудових ресурсів, необхідних для виконання Програми:

Фінансування заходів Програми є пріоритетом міської влади. Програма розробляється та виконується за рахунок коштів державного та міського бюджетів у межах бюджетних призначень, передбачених на заходи з охорони здоров'я, залучених коштів благодійних фондів, міжнародної технічної та фінансової допомоги та інших джерел, не заборонених законодавством.

Обсяг матеріально-технічних і трудових ресурсів, необхідних для виконання Програми, визначається під час розроблення відповідних завдань і заходів.

Реалізація Програми передбачає етапність виконання з поступовою зміною пріоритетних напрямів фінансування. При зміні пропорцій фінансування окремих компонентів загальний кошторис повинен забезпечувати реалізацію Програми в цілому, відповідно до отриманих медико-статистичних показників, результатів ефективності заходів профілактики інфекцій та інфекційного контролю.

Заступник міського голови
з питань діяльності виконавчих органів,
директор департаменту охорони здоров'я
населення Дніпровської міської ради

А. А. Бабський

**Резолюція Міжнародної науково-практичної
конференції «Безпека пацієнтів в Україні:
стан і шляхи її покращення»**

6–7 червня 2017 р., м. Дніпро

Учасники конференції продемонстрували високий професіоналізм, ентузіазм, відданість обраній професії, віру у вирішення актуальних проблем збереження та зміцнення здоров'я народу України як визначального чинника розвитку держави.

Учасники конференції переконані, що поточний стан безпеки пацієнтів в Україні повинен стати джерелом високої стурбованості держави та суспільства задля створення та зміцнення науково обгрунтованої системи, необхідної для підвищення безпеки пацієнтів та якості медичної допомоги.

Розділяючи суспільне обурення неприйнятним рівнем медичних помилок у вітчизняних закладах охорони здоров'я,

признаючи, що безпека пацієнтів ще не стала пріоритетом для поліпшення якості медичної допомоги,

відзначаючи відсутність належної політичної підтримки та організаційні прорахунки в об'єднанні всіх заінтересованих сторін навколо проблеми безпеки пацієнтів,

спираючись на сучасні наукові досягнення та позитивний міжнародний і національний досвід з попередження негативних наслідків медичної діяльності,

учасники конференції пропонують:

Рекомендувати **Верховній Раді України** вжити заходів для забезпечення законодавчої підтримки права пацієнтів на безпечну медичну допомогу.

Просити **Президента України** з огляду на незадовільний стан щодо безпеки пацієнтів звернути увагу на порушення статті 3 Конституції України стосовно права людей на безпеку, яка поряд із життям, здоров'ям, честю, гідністю та недоторканністю визнається найвищою соціальною цінністю.

Кабінету Міністрів України, Міністерству охорони здоров'я України підтримати пілотні проекти з безпеки пацієнтів, що опрацьовуються в м. Дніпрі, та розглянути причини невиконання відповідних заходів:

- Програми уряду (2016) в частині запуску системи контролю якості надання медичної допомоги, зокрема із залученням професійних асоціацій, громадських організацій;

- Угоди про коаліцію депутатських фракцій «Європейська Україна» від 27.11.2014 («Запровадження системи контролю якості надання медичної допомоги для закладів охорони здоров'я»).

Національній академії медичних наук України:

1. Підготувати пропозиції до Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я України щодо готовності Академії до участі в опрацюванні:

- нормативної та методичної бази із забезпечення якості надання медичної допомоги, програм і навчальних планів підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичних фахівців з питань безпеки пацієнтів та якості надання медичної допомоги, зокрема інфекційного контролю та попередження нозокоміальних інфекцій тощо;

- проведення досліджень медико-соціальних та економічних наслідків дефектів надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я, поширеності медичної шкоди і розробка методики оперативної оцінки та заходів з їх попередження.

2. Забезпечити:

- партнерство та співпрацю з міжнародними науковими організаціями з питань безпеки пацієнтів;

- моніторинг, аналіз і поширення інформації щодо якості та безпеки медичної допомоги на основі фактичних даних.

3. Визначити пріоритетні наукові теми з питань безпеки пацієнтів і включення їх до плану роботи Академії.

Міністерству охорони здоров'я України:

1. Звернути увагу на:

- фактичний провал упровадження системи управління якістю, що проявилось у зростанні більш ніж на четверть (на десятки тисяч пацієнтів щорічно) випадків стаціонарної летальності;

- відсутність системи реєстрації дефектів надання медичної допомоги та навчання на них, а також обліку та аналізу випадків виробничого травматизму в медичній сфері;

- відсутність державного регулювання порядку надання медичної допомоги у зв'язку з прийняттям наказу від 29.12.2016 № 1422 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 28 вересня 2012 року № 751»;

2. Вжити заходів для:

- мінімізації ризиків і загроз щодо безпеки пацієнтів;
- підвищення інформованості медичного персоналу стосовно масштабів і наслідків медичних помилок у закладах охорони здоров'я;

- опрацювання Національних програм і планів щодо безпеки пацієнтів, зокрема з інфекційної безпеки, відповідно до Практичного керівництва з впровадження основних компонентів програм профілактики інфекцій і інфекційного контролю (ВООЗ, 2017);

- створення мультидисциплінарної інституційної організації з питань безпеки пацієнтів на державному рівні;

- забезпечення безперервної освіти медичних і фармацевтичних фахівців з питань безпеки пацієнтів;
- посилення виконавчої дисципліни та вмотивованості лікарів до надання повідомлень про випадки побічних реакцій лікарських засобів, а також до участі медичних фахівців у здійсненні посиленого та активного фармаконагляду;
- систематичного проведення перевірок дотримання ліцензійних умов, особливо в медичних закладах, де мають місце випадки порушення безпеки пацієнтів;
- забезпечення в законодавчому та нормативному порядку медичного обстеження та підтримки здоров'я медичного персоналу.

Професійним медичним асоціаціям:

- координувати впровадження в діяльність і навчання своїх членів щодо виконання глобальних завдань у галузі безпеки пацієнтів;
- проводити заходи щодо забезпечення своєчасної та правильної діагностики, безпечного застосування нових технологій, обладнання, ліків;
- сприяти професійному, ретельному аналізу медичних помилок, інших дефектів у наданні медичної допомоги з метою їх попередження.

Громадським правозахисним і пацієнтським організаціям:

- брати активну участь у розробці заходів з безпеки пацієнтів, вносити пропозиції щодо безпеки пацієнтів керівництву центральних і регіональних органів влади, органів місцевого самоврядування та медичних закладів усіх форм власності;
- брати участь у навчанні пацієнтів з питань безпеки, вивчати та поширювати кращий досвід у цієї царині, представляти інтереси пацієнтів на засіданнях у наглядових і медичних радах медичних закладів;
- сприяти залученню пацієнтів та їх представників до процесу інформування про побічні реакції лікарських засобів.

Наукове видання

БЕЗПЕКА ПАЦІЄНТІВ В УКРАЇНІ: СТАН І ШЛЯХИ ЇЇ ПОКРАЩЕННЯ

Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції
м. Дніпро, 6–7 червня 2017 року

Відповідальна за випуск *Л. Гаркавенко*
Коректори: *В. Мілевська, І. Трохлеб*
Комп'ютерне верстання та виготовлення оригінал-макета
Н. Карякіна

Формат 60x84/16. Ум. друк. арк. 11,63.
Тираж 600 пр. Зам. 285

ДП «НВЦ «Пріоритети»
01014, м. Київ, вул. Петра Болбочана, 8, корп. 6
тел./факс: 254–51–51

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців, виготівників
і розповсюджувачів видавничої продукції
ДК №3862 від 18.08.2010